

BARIÉRY KOMUNIKACE SESTRY S DĚTSKÝM PACIENTEM

Pavína Hadašová, DiS.

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavčina HADAŠOVÁ, DiS.**

Osobní číslo: **H09269**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Bariéry komunikace sestry s dětským pacientem**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vymezit metody verbální a neverbální komunikace, vývoj řeči v jednotlivých obdobích dítěte a zásady přenosu komunikace mezi sestrou a dětským pacientem.

V praktické části sledovat komunikační dovednosti sester na dětských odděleních. Dotazníkovým šetřením získat informace týkající se problému komunikace mezi sestrou a dítětem.

Vypracovat edukační materiál určený pro komunikaci s dětským pacientem.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HORŇÁKOVÁ, Katarína a kol., 2009. Jak mluvit s dětmi od narození do 3 let. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-612-4.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. Komunikace ve zdravotnické péči. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. Komunikace s dětským pacientem. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.

ŠPATĚNKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav aplikovaných společenských věd


Datum zadání bakalářské práce:

4. února 2013


Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 4. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;

beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;

na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;

podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);

pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;

na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.

V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 7/5 2013



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá rolí komunikace v práci sester na dětských odděleních. Je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část se zaměřuje na metody verbální a neverbální komunikace a vývoj řeči v jednotlivých, vývojových obdobích dítěte. První a druhá kapitola definuje komunikaci z obecného hlediska. Další kapitoly teoretické části popisují specifika komunikace s dětmi v jednotlivých vývojových obdobích. Praktická část se zabývá úrovní dosažení komunikačních dovedností sester, pracujících s dětmi. Předala jsem dotazníky sestřám Zlínského kraje, pracujících na dětských odděleních. Dotazníky měly 18 otázek a zabývaly různými oblastmi komunikace s dětmi. Výstupem mé bakalářské práce je edukační materiál, sloužící k praktické komunikaci mezi sestrou a dítětem.

Klíčová slova: komunikace, sestra, dítě, nemoc, hra

ABSTRACT

This thesis deals with the role of communication in the work of nurses in pediatric wards. It consists of theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on the methods of verbal and nonverbal communication and language development in particular stages of child development. The first and second chapter defines communication in general terms. Next two chapters describe the specifics of communication with children at different developmental stages. The practical part deals with the achievement levels of communication skills of nurses working with children. I gave questionnaires to nurses of Zlín region, who works in pediatric wards. Questionnaires consist of 18 questions and deal with different areas of communication with children. The outcome of this thesis is educational material, used for practical communication between the nurse and the child.

Keywords: communication, sister, child, disease, game

Děkuji především mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Janě Kutnohorské CSC., za odborné vedení této práce, cenné rady, podněty, připomínky. Děkuji sestřím dětského oddělení za jejich ochotu a vstřícnost při zpracovávání průzkumného šetření. Velké poděkování patří mé rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto:

Komunikace představuje moc. Kdo se naučí ji efektivně využívat, může změnit svůj pohled na svět i pohled, kterým svět pohlíží na něj.

(Anthony Robins)

OBSAH

ÚVOD	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 KOMUNIKACE	14
1.1 PRVKY SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE.....	14
1.2 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	15
1.3 DRUHY PROFESIONÁLNÍ KOMUNIKACE	15
1.4 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	16
1.4.1 Činitelé spoluvytvářející verbální komunikaci	16
1.4.1.1 Situační kontext	16
1.4.1.2 Vnitřní dispozice jedince	16
1.4.1.3 Motivace komunikovat	16
1.4.2 Složky verbálního projevu	16
1.4.2.1 Rychlost řeči	17
1.4.2.2 Hlasitost	17
1.4.2.3 Pomlky	17
1.4.2.4 Výška hlasu.....	17
1.4.2.5 Přítomnost slovních parazitů	17
1.4.2.6 Délka projevu.....	18
1.4.2.7 Intonace.....	18
1.4.3 Kritéria úspěšné verbální komunikace	18
1.5 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	18
1.5.1 Složky neverbální komunikace	19
1.5.1.1 Vizika.....	19
1.5.1.2 Mimika.....	20
1.5.1.3 Proxemika	21
1.5.1.4 Haptika.....	22
1.5.1.5 Posturologie	22
1.5.1.6 Kinetika.....	22
2 KOMUNIKACE Z HLEDISKA VÝVOJE JEDINCE OD NAROZENÍ	23
2.1 VÝVOJOVÁ STÁDIA.....	23
2.2 VÝVOJ A OSVOJOVÁNÍ JAZYKA	24
2.2.1 Prenatální období	25
2.2.1.1 Vnímání zvuků.....	26
2.2.2 Novorozenecké období.....	26
2.2.2.1 Komunikační prostředky rodiče.....	26
2.2.2.2 Styl komunikace ze strany novorozence.....	26
2.2.3 Kojenecké období.....	27
2.2.4 Batolecí období	28
2.2.5 Předškolní období.....	28
2.2.6 Mladší školní období.....	29
2.2.7 Období dospívání	29
3 KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM	30

3.1	ONEMOCNĚNÍ A INDIVIDUALITA DÍTĚTE	30
3.2	HOSPITALIZACE DÍTĚTE	30
3.2.1	Charta práv hospitalizovaného dítěte	30
3.2.2	Příjem dítěte do nemocnice	31
3.3	KOMUNIKACE S NEMOCNÝM DÍTĚTEM.....	32
3.3.1	Novorozenec	33
3.3.2	Kojenec	33
3.3.3	Batole	33
3.3.4	Předškolní věk.....	33
3.3.5	Školní věk.....	34
3.3.6	Dospívající	34
3.3.7	Zásady komunikace s nemocným dítětem	34
3.4	VÝZNAM NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE S DÍTĚTEM	35
3.4.1	Mimika	35
3.4.2	Proxemika	35
3.4.3	Haptika	35
3.4.4	Posturika.....	36
3.4.5	Gestikulace	36
3.4.6	Celková úprava zevnějšku a vzhled	36
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
4	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
5	STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ.....	39
6	METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40
6.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	40
6.2	METODA PRÁCE.....	40
6.3	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK DOTAZNÍKU	40
6.4	ORGANIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	42
6.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	42
7	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	43
	ZHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ	62
8	DISKUZE	64
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	69
	SEZNAM OBRÁZKŮ	70
	SEZNAM TABULEK.....	71
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Lidská řeč jako komunikační prostředek se vyvíjí již od narození. Začíná broukáním, postupuje k napodobení různých zvukových komplexů a k vytváření slovních spojení a vět. Již kolem třetího a čtvrtého roku je dítě schopno vyjádřit své myšlenky pomocí komunikačních dovedností.

Umění komunikace se učíme po celý život. V každém vývojovém období je způsob komunikace odlišný. Jinak specifická komunikace je v období, kdy dětského či dospělého jedince postihne nějaká svízelná situace, či nemoc. Komunikovat s člověkem v krizové situaci může být velmi obtížné. Pokud se navíc jedná o dítě, jehož komunikační dovednosti jsou v každém vývojovém období poněkud specifické, jsou komunikační bariéry těžko překonatelné.

Jednou z profesionální vybavenosti sestry je dovednost komunikovat. Schopnost komunikace navozuje vzájemný vztah důvěry mezi sestrou a pacientem.

Komunikovat se učíme po celý život. Není zapotřebí talent, ale chtít komunikovat, trpělivost a umět druhému naslouchat. Taktéž představuje určité vědomosti, dovednosti, zkušenosti.

Problematice komunikace mezi sestrou a dětským pacientem je věnována tato bakalářská práce. Téma jsem si zvolila z důvodu mé profese. Pracuji na dětském oddělení, tudíž je mi tato problematika blízká.

Bakalářská práce je složená ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části vycházím z odborné literatury. Zabývám se vývojem řeči v jednotlivých vývojových obdobích a zásad komunikace s dětmi. Na podkladě získaných informací jsem pokračovala v praktické části, stanovením cílů a hypotéz očekávaných výsledků a realizací výzkumu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

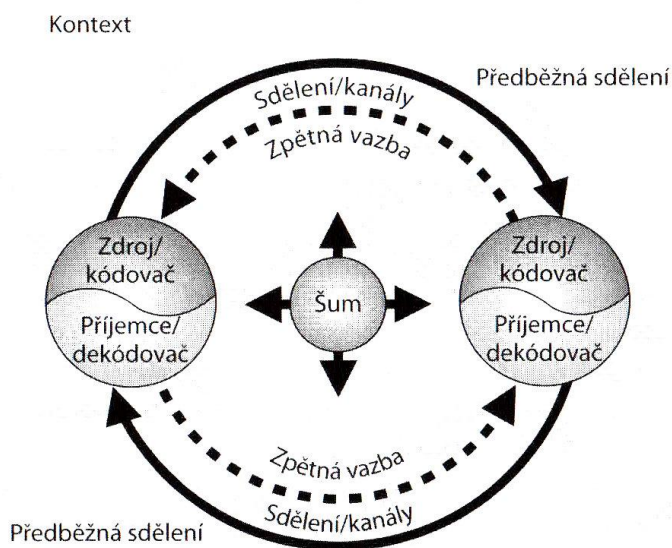
1 KOMUNIKACE

Komunikace pochází z latinského slova *comunicare*. V češtině znamená sdílet, radit se, podílet se na něčem společném, propůjčovat, dávat a přijímat, někomu něco dopřát. (Ivanová et al., 2005, Plevová, Slowik, 2010). *Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Probíhá mezi dvěma a více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu a jiných médií.* (Janáčková, Weiss, 2008, s. 11).

1.1 Prvky sociální komunikace

Struktura komunikace je popsána v tzv. komunikačním modelu, který obsahuje tyto prvky:

Obrázek č. 1 Schéma komunikačního modelu



- Vysílač (komunikátor, produktor) – je osoba, nebo skupina, která má myšlenky, záměry a důvod ke komunikaci
- Proces kódování – můžeme definovat jako převedení myšlenek komunikátora do určité formy sdělení
- Proces dekódování – interpretace zprávy příjemcem na základě vlastních zkušeností a referenčního obsahu zprávy
- Zpráva (komuniké) – výsledek kódovacího procesu
- Komunikační kanál – prostředek, médium přenášející sdělení

- Příjemce – ten, který přijímá sdělení, ve chvíli, kdy odešle své sdělení zpět, se stává komunikátorem
- Zpětná vazba – reakce příjemců na sdělení
- Komunikační šum – faktory, které mění záměr zprávy a její pochopení či přijetí. Mohou být fyzické, fyziologické, psychologické, sémantické. (Pokorná, 2009).

1.2 Komunikace v ošetrovatelství

Komunikovat ve zdravotnictví neznamena pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí naše zdraví a mnohdy i život. A snad právě proto bychom měli vždy vědět, co chceme říci a měli bychom se vždy umět rozhodnout, kdy, kde a jak informaci nejlépe podat. (Janáčková, Weiss, 2008, s. 11).

Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. (Janáčková, Weiss, 2008). Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat vede ke snížení schopnosti, či motivaci pacienta ke komunikaci. Sestra by měla umět získat důvěru nemocného a pracovat na jeho komunikačním rozvoji. (Venglářová, Mahrová, 2006). Krom kontaktu s pacienty sestra komunikuje také s rodinou nemocného, jeho přáteli, svými kolegy, nadřízenými, jinými členy multidisciplinárního týmu a institucemi. Každá skupina má jiné komunikační zásady, které by sestra měla umět rozlišit. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.3 Druhy profesionální komunikace

Podle Venglářové, Mahrové (2006) rozlišujeme 3 druhy profesionální komunikace:

- Sociální komunikace – značí běžný rozhovor s pacientem. Je neplánovaná, odehrává se během denního režimu nemocného. (Venglářová, Mahrová, 2006).
- Specifická (strukturovaná) komunikace – používáme ji v okamžicích, kdy sdělujeme důležitá fakta, týkající se léčby, edukace nemocného. Měla by mít zpětnou vazbu, kdy si ověřujeme, že pacient sdělení rozuměl. (Venglářová, Mahrová, 2006).
- Terapeutická komunikace – odehrává se formou rozhovoru s nemocným. Rozhovorem poskytujeme nemocnému oporu a pomoc v jeho těžkých chvílích. Terapeutický rozhovor může zvýšit účinnost i jiných léčebných postupů u pacienta. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4 Verbální komunikace

Verbální (slovní komunikaci) rozumíme dorozumívání se pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly. (Vybíral, 2000. s. 87). Význam komunikovaného dotváří neverbální složka projevu. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4.1 Činitelé spoluvytvářející verbální komunikaci

1.4.1.1 Situační kontext

Kontextem je označována situace, ve které komunikace probíhá. Základní je jednosměrná komunikace. Chápeme ji, když čteme knihu, ale těžko pochopitelná je při rozhovoru, mluví-li jen jeden člověk. Lidé mají potřebu reagovat na sdělení, čímž se komunikace stává dvousměrná. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4.1.2 Vnitřní dispozice jedince

Do komunikace vnášíme svou individualitu. Komunikace je jednou ze sociálních dovedností, kterou se učíme celý život. Základem je sociální učení ve všech sociálních skupinách, které člověka provází. Nejvýznamnější sociální skupina pro člověka je rodina. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4.1.3 Motivace komunikovat

Komunikace předpokládá vůli, ochotu komunikovat. Projevuje-li sestra zájem o nemocného, má velký předpoklad k úspěšnému vyřešení problému. Potřebu komunikace řadíme i mezi bio-psycho-sociální potřebu člověka. Udržení kontaktu poskytuje oporu, informovanost je základem spolupráce pacienta při léčbě. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4.2 Složky verbálního projevu

K efektivní komunikaci přispívá, nebo ji naopak snižují tzv. paralingvistické složky verbálního projevu:

- rychlost řeči
- hlasitost
- pomlky
- výška hlasu
- přítomnost embolických slov (slovních parazitů)

- délka projevu
- intonace

1.4.2.1 Rychlost řeči

Rychlost řeči je úměrná naší znalosti tématu. Nemusí být však stejná u posluchače. Mluvíme-li rychle, můžeme zakrývat nejistotu, potřebu - mít hovor rychle za sebou. Rychle může člověk mluvit z důvodu obavy, že ho ten druhý nenechá domluvit. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4.2.2 Hlasitost

Hlasitost volíme podle povahy sdělení. Jinou hlasitost volíme, jestliže chceme upoutat pozornost, nebo hovoříme-li ve větších prostorách. Musíme mít ale na paměti, že zbytečně hlasitý projev působí nepříjemně, netaktně. (Venglářová, Mahrová, 2006).

Budeme-li hovořit s nemocným o intimních záležitostech, hovoříme tak aby nás nemocný slyšel, ale tišším hlasem. (Kelnarová, Matějková, 2009, s. 17).

1.4.2.3 Pomlky

Pomlky, nebo úplné přerušování hovoru může mít různý význam. Sestra může dát nemocnému prostor k odpočinku, k přemýšlení. (Kelnarová, Matějková, 2009, s. 17).

1.4.2.4 Výška hlasu

Výška hlasu bývá odrazem emocí. Pokud jsme ve stresu, bojíme se, prožíváme radost, vše se projeví na výšce hlasu. Vyšší tóny mohou působit nepříjemně. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4.2.5 Přítomnost slovních parazitů

Embolická slova působí rušivě, zvláště při edukaci nemocných. I vhodně zvolené slovo, či slovní spojení, které se opakuje příliš často, se nazývá slovním parazitem. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4.2.6 Délka projevu

Rovnocennost partnerů v komunikaci určuje prostor, který má každý k dispozici. Je málo situací, kdy je vhodné komunikovat s někým formou monologu. (Plevová, Slowik, 2010 s. 19). Pokud hovoříme s nemocným, mějme na paměti jeho oslabení nemocí a rozhovor přesuneme na jinou dobu. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4.2.7 Intonace

Intonace podtrhuje význam sdělení. Mění význam sdělovaného. Může podtrhnout význam sdělení. (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.4.3 Kritéria úspěšné verbální komunikace

Dobrou a efektivní komunikaci dále charakterizuje:

- jednoduchost – hovoříme jasně srozumitelně, hovoříme-li s pacientem, používáme výrazy, jimž rozumí. Důležitá je zpětná vazba, zda nemocný porozuměl sdělovanému. (Venglářová, Mahrová, 2006).
- stručnost – stručná informace působí profesionálně. (Venglářová, Mahrová, 2006).
- zřetelnost – vyjadřujeme podstatu věci, při pochybách můžeme sdělení opakovat. (Venglářová, Mahrová, 2006).
- vhodné načasování – podmínkou pro sdělování závažných informací je klid pro sdělení, soukromí, čas, nerušený prostor. (Venglářová, Mahrová, 2006).
- adaptibilita (přizpůsobivost) – čas, styl rozhovoru přizpůsobíme reakcím pacienta. (Kelnarová, Matějková, 2009).

1.5 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je nejjednodušeji definována jako řeč těla. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 39.). Komunikujeme výrazem obličeje, oddálením či přiblížením, dotekem, postojem, pohyby, gesty, tónem řeči, úpravou zevnějšku apod. (Janáčková, Weiss, 2008). Neverbální komunikace má několik funkcí. Můžeme ji použít k tomu, abychom její pomocí řeč podpořili, nebo také nahradili. S její pomocí dokážeme vyjádřit emoce a interpersonální postoje. (Venglářová, Mahrová, 2006).

Nonverbální komunikace má v ošetrovatelství velký význam. Některé zásady nonverbální komunikace nelze jednoznačně dodržet. Příkladem může pohyb sestry v intimní zóně pacienta, která je v průběhu ošetrovatelské péče běžná. Pro sestru je nutná znalost zásad nonverbální komunikace, měla by umět vnímat i nonverbální projevy pacienta a ovládnout své vlastní projevy. (Venglářová, Mahrová, 2006, Plevová, Slowik, 2010).

1.5.1 Složky neverbální komunikace

Autorem nejvíce používaného členění neverbální komunikace je Jaro Křivohlavý. Říká, že v neverbální komunikaci jde o to, co si sdělujeme:

- kontaktem očí, vzájemnými pohledy - vizika
- výrazem obličeje – mimika
- přiblížením a oddálením – proxemika
- dotekem – haptika
- fyzickým postojem – posturologie
- pohybem – kinezika
- gesty
- pohledy
- úpravou zevnějšku (Křivohlavý, 1993, Venglářová, Mahrová 2006, s. 41).

Vahlstrom řadí mezi způsoby neverbální komunikace také:

- zacházení s časem – chronemiku
- zacházení s předměty – to jak řídíme auto, pořádek na pracovním stole apod. (Vybíral, 2000, Venglářová, Mahrová, 2006).

1.5.1.1 Vizika

Vizika je řeč očí. Naše oči mohou vyjadřovat:

- zaměřením pohledů, vytváření tzv. terčů – míst, na něž se konkrétně díváme (oblečení, osoba, část těla apod.)
- dobou výdrže – *déle se díváme na osobu, které si vážíme, nejdelší pohledy věnujeme lidem, u nichž stojíme o jejich kladný vztah, ale nejsme si jisti, že k nám tento kladný vztah chovají* (Pokorná, 2006, s. 13)

- četností pohledů – pohledem se vracíme k lidem, u nichž chceme vzbudit zájem a pozornost).
- pohyby očí
- počtem mrknutí – počet mrknutí se zvyšuje nervozitou u jedince
- rozšiřováním zornic

(Pokorná, 2006).

1.5.1.2 *Mimika*

Mimika je výraz obličeje. Mimikou sdělujeme emoce, ale i kulturně tradovaná gesta (např. zdvořilostní úsměv) a instrumentální pohyby (např. výraz při kýchnutí). Z výrazu obličeje lehce vyčteme tzv. 7 primárních emocí:

- štěstí – neštěstí
- neočekávané překvapení – splněné očekávání
- strach – pocit jistoty
- radost – smutek
- klid – rozčilení
- spokojenost – nespokojenost
- zájem – nezájem

(Venglářová, Mahrová, 2006).

V obličeji existují mimické zóny:

- oblast čela a očí – představují nejčastěji pocity radosti a překvapení
- oblast očí – je považována za nejdůležitější – patří sem délka, zaměření pohledu, jejich častost, pořadí, pootevření víček, průměr zornic, mrkání atd.
- dolní část obličeje – tváře, nos, ústa – umožňují vyjádření štěstí

(Venglářová, Mahrová, 2006).

Mezi nejvýraznější neverbální projevy patří smích a pláč. *Jsou nejen výrazem emocionálního vztahu, mají také symbolický ráz a komunikační charakter.* (Křivohlavý, 1988, Venglářová, Mahrová, 2006, s. 42).

Pro sestru je velmi důležitá schopnost citlivě vnímat projevy bolesti. Ty se ve tváři odrážejí zcela mimovolně (jsou pozorovány např. i ve stavu anestezie). Odborníci upozor-

ňují, že třetina pacientů se domnívá, že zdravotník je schopen odhadnout stupeň jejich bolesti, a nemluví o ní. Přitom je obecně známo, že práh bolesti je u každého jiný. Pokud budeme přehlížet tyto neverbální projevy, naši pacienti budou zbytečně trpět. (Honzák, 1999, Venglářová, Mahrová, 2006, Plevová, Slowik, 2010 s. 30).

Pro sestru je v případě bolesti důležitá kongruentní medicína – soulad všech složek. Pokud pícháme injekci, upozorňujeme slovem, že to bude bolet, ani verbálně situaci nezlehčujeme (obracením očí v sloup, ani úšklebkem) a snažíme se aplikovat lék tak, aby bolest byla co nejmenší. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 42).

1.5.1.3 Proxemika

Proxemika je vzdálenost, kterou mezi sebou lidé mají, když spolu jednají. Podle vzdálenosti při kontaktu s jinými lidmi můžeme u člověka rozlišit čtyři zóny přiblížení:

- Intimní zóna – sahá nejčastěji do vzdálenosti 30 – 45cm od těla. Tento prostor je většinou povolen jen partnerům, dětem, nebo nejbližším členům rodiny. Pokud do této zóny pronikne nezvaný host, tělo se cítí ohrožené a reaguje zrychleným tepem, dechem svaly se napnou do útěku apod. (Plevová, Slowik, 2010).
- Osobní zóna – odpovídá vzdálenosti natažených paží asi do 75 cm. Do této zóny vstupují všichni, kterým podáváme ruku. (Plevová, Slowik, 2010).
- Sociální zóna (společenská) – zahrnuje vzdálenost od 120 cm do 360 cm. V této vzdálenosti se uskutečňují pracovní schůzky, neosobní rozhovory, skupinové diskuse apod. (Plevová, Slowik, 2010, s. 27).
- Veřejná zóna – označuje vzdálenost nad 360cm, setkáváme se v ní s cizími lidmi např. na ulici apod. (Plevová, Slowik, 2010).

Narušení osobní zóny vyvolává automaticky u druhého člověka ústup. Tento jev se odborně nazývá proxemický tanec. (Janáčková, Weiss, 2008).

V ošetrovatelské péči má pacient velmi často narušenou intimní a osobní zónu. Pro pacienta je důležitá přesná informovanost, a také co nejkratší doba ošetrovatelského výkonu. V této době nežádáme od pacienta nic jiného. (Venglářová, Mahrová, 2006, Plevová, Slowik, 2010).

1.5.1.4 Haptika

Haptika zahrnuje taktilní sdělení v sociální interakci. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 43). Zabývá se tím, jak se lidé navzájem sebe dotýkají. Příkladem tzv. haptického doteku je stisk ruky.

Při prvním kontaktu s pacientem by se sestra měla představit a podat mu ruku. Z podání ruky lze jeho rozpoznat emocionální rozpoložení a také míru stresu nebo napětí.

V ošetrovatelské praxi můžeme psychologickým dotykem vyjádřit pacientovi podporu a porozumění. Haptika je významná zejména u seniorů a dětských pacientů. (Janáčková, Weiss, 2008).

1.5.1.5 Posturologie

Posturologie je charakterizována jako řeč našich fyzických postojů. Neverbálně komunikujeme pomocí držení těla, napětím, či uvolněním těla, nakloněním, polohou ruky, nohou, hlavy, postavením všech částí těla jako celku a nasměrováním těla. (Pokorná, 2006).

1.5.1.6 Kinetika

Kinetika je široká oblast neverbální komunikace, která zahrnuje veškeré pohyby těla a jeho částí. Zabývá se rychlostí, trváním, ohraničením, akcelerací, prostorovostí, kongruencí (souladem) pohybu.

Kinetika má specializované části, mezi které patří tzv. chirognomie. Chirognomie se zabývá pohybem rukou a jako příklad můžeme použít tzv. znakovou řeč. (Venglářová, Mahrová, 2006).

2 KOMUNIKACE Z HLEDISKA VÝVOJE JEDINCE OD NAROZENÍ

Rozvoj komunikačních dovedností je podmíněn a ovlivňován geneticky, i prostředím. Téměř všechny děti se narodí se schopností naučit se mluvit. Z psychologického hlediska se jedná o celoživotní vývojový proces. *Pro vývoj komunikace je u jedince důležitý tělesný vývoj – růst a motorické dovednosti, smyslový vývoj – např. sluchové a zrakové vnímání, kognitivní vývoj – změny v myšlenkových procesech, jazykové schopnosti, paměť, sociální vývoj – sebepojetí, pohlavní identita a vývoj mezilidských vztahů.* (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 61).

Podle Venglářové a Mahrové (2006) dítě matku slyší již v prenatálním vývoji a začíná se učit už v děloze matky. Po narození je sociální vliv pro dítě důležitý převážně z hlediska podnětu. Děti, které jsou vychovávány v sociálním prostředí bohatém na zvuky, se naučí mluvit přibližně kolem jednoho roku. Děti, které žijí v prostředí s menším počtem verbálních interakcí, mluví až kolem dvou let. (Venglářová, Mahrová, 2006).

2.1 Vývojová stádia

Piaget (in Venglářová, Mahrová, 2006) na základě svých výzkumů stanovil čtyři základní stádia kognitivního vývoje, které jsou pro vývoj řeči velmi důležitá:

Senzomotorické stádium – období od narození do dvou let věku. Děti v tomto období aktivně objevují vztah mezi činem a jeho následkem. Začínají si vytvářet pojem sebe sama jako jedince odděleného od vnějšího světa. Dosahují pojmu stálosti objektu – uvědomují si, že objekt existuje, i když není přítomen pro bezprostřední smyslové vnímání (hračka přikrytá šátkem) je stále přítomna, nezmizela ze světa. Rozvíjí se schopnost komunikace, nejdříve na neverbální, pak na verbální úrovni. (Venglářová, Mahrová, 2006).

Předoperační stádium - období od 2 do 7 let věku. Dítě se učí jazyk a vytváří objektivní reprezentace pomocí představ a slov. Myšlení je egocentrické, takže si obtížně uvědomuje názory druhého. Z hlediska začátků používání řeči je důležité období od 1,5 roku do 2 let. Slova mu symbolizují věci nebo skupiny věcí a jeden předmět může reprezentovat jiný. (panenka může být jednou maminka, jindy miminko). V rozmezí věku 3 až 4 let dítě myslí s používáním symbolických výrazů, jeho slova a představy však nejsou logicky organizovány. V tomto období začíná také porozumění morálním pravidlům a sociálním konvencím. Tady je nezastupitelný vliv hry a kontaktu při hře s ostatními dětmi. Zpočátku

dítě pravidla libovolně mění a nezasazuje do kolektivního kontextu. Kolem 5 let je schopno sociální komunikace a získává smysl pro povinnost pravidla dodržovat. Ta pak získává její podobu morálního imperativu, který nelze podle dítěte měnit. (Plevová, Slowik, 2010).

Stádium konkrétních operací – období od 7 do 12 let. Děti jsou schopny používat logické operace. Umí např. nejen najít cestu k babičce, ale také ji vysvětlit někomu jinému. Je schopno používat abstraktní pojmy, ale pouze ve vztahu ke konkrétnímu objektu, který může být vnímán smysly – proto stádium konkrétních operací. Z hlediska sociální komunikace je důležitá schopnost samostatně vytvářet určitá pravidla a uzavírat dohody o jejich dodržování. (Plevová, Slowik, 2010).

Stádium formálních operací – období od 12 let. V tomto věku děti dosahují stejného způsobu myšlení jako dospělí, začínají uvažovat v čistě symbolických pojmech. Mladiství jsou tedy schopni myslet logicky o abstraktních pojmech a systematicky testovat hypotézy. Zabývají se abstrakcí, budoucností a ideologickými problémy. Vytvářejí si svá pravidla pro situace, se kterými se setkávají poprvé. Zabývají se širšími sociálními problémy, které se vyskytují i mimo jejich osobní a interpersonální situace. (Plevová, Slowik, 2010).

2.2 Vývoj a osvojování jazyka

Děti se učí vyslovovat zvuky řeči (fonémy), slova a části slov nesoucí význam (morfémy) a ty se pak učí spojovat větné jednotky, pomocí nichž vyjadřují své myšlenky. Podle Venglářové a Mahrové je nejvýznamnější částí kontextu druhá osoba v komunikaci. *Porozumění větě nevyžaduje pouze analýzu, ale rovněž porozumění záměru mluvčího.* (Venglářová, Mahrová, 2006).

Děti se rodí se schopností vybavit si fonémy. Během několika dalších let se učí slova, která pak spojují. První řeč v období kolem jednoho roku používá slova, která označují známé pojmy. Počáteční slovní zásoba bývá u dětí stejná. Hovoří o lidech, zvířatech, vozidlech, hračkách, jídle, částech lidského těla. Pokud dítě nezná pojem, který vidí, rozšiřuje pojmy. Se spojováním vět začíná dítě v období 1,5-2,5 let. (Venglářová, Mahrová, 2006).

Buhlerová rozdělila vývoj řeči u dětí mezi 10. a 25. měsícem do pěti vývojových kroků: pojmenování, vypravování (rovina představ), vcit'ování se (rovina objasňování), formální myšlení a syntéza. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 64).

Russel uvádí čtyři základní schopnosti, které si dítě musí v ranném vývoji osvojit v tomto pořadí:

1. *Porozumět slyšenému slovu za přítomnosti objektu*
2. *Porozumět slovu za nepřítomnosti objektu*
3. *Promluvit slovo za přítomnosti objektu*
4. *Promluvit slovo za nepřítomnosti objektu* (Vybiral, 2000, Venglářová, Mahrová, 2006, s. 64.).

Osvojování jazyka je bouřlivý proces. Někteří autoři uvádějí, že jsou děti ve věku od 2 do 6 let schopny naučit se průměrně jedno slovo za hodinu, přičemž jim stačí, aby ho slyšeli jen jednou. Vytvářejí si aktivní a pasivní slovní zásobu. Pasivní slovní zásoba znamená, že si děti osvojí značné množství slov, které neužívají, ale rozumí jim. Podle psychologů je právě pasivní slovník jedince jedním z kritérií inteligence. (Plevová, Slowik, 2010).

Pro zdravotnickou praxi je důležité přizpůsobit komunikaci s dětskými pacienty k jejich úrovni vývojového období. (Venglářová, Mahrová 2006, Plevová, Slowik, 2010).

2.2.1 Prenatální období

Základy psychického vývoje musíme podle Langmajera a Krejčířové (1998) hledat již v období intrauterinního života plodu. Studium tohoto nejranějšího období je ovšem ne snadné, neboť jsme odkázáni jen na vnější pozorování vyvíjejícího zárodku a později plodu. V této souvislosti bývá zmiňován tzv. biogenetický zákon, podle kterého je ontogeneze zkrácenou fylogenezí. Výzkumy prokázaly, že již v prenatálním období, získává jedinec schopnost sociální interakce, jelikož se plod velmi brzy dostává do určitého aktivního kontaktu s matkou. (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Za aktivitu se nepovažuje jen pohyb (např. kopání), ale i skutečnost, že na matku působí od samého počátku gravidity vůbec svojí existencí a to i psychicky (např. těhotenství je chtěné či nechtěné) a biologicky (např. humorálně). (Plevová, Slowik, 2010).

Špaňhelová (2009) doporučuje mluvit s miminkem v bříšku o všem: sdělovat mu co se děje, co je ve dni radostného, co je překvapivého, co náročného. Pokud totiž matka tyto pocity sdělí, nemusí již sama nést všechnu tíži, která může z daných pocitů pramenit. Špaňhelová (2003) také uvádí, že při komunikaci s dítětem je dobré se soustředit jen na něj, lehnout si, hladit dítě, povídat si s ním. Cíleně na něj myslet. (Plevová, Slowik, 2010 s. 42-43).

2.2.1.1 *Vnímání zvuků*

Langmeier a Krejčířová (2008) a Plevová a Slowik (2010) uvádějí, že plod ve věku 6. měsíců po početí, reaguje na řadu akustických podnětů, brzy potom začíná odlišovat zvuky lidské řeči od jiných zvuků a ke konci těhotenství velmi pravděpodobně již rozlišuje i hlas matky s jeho různými emocionálními odstíny. (Plevová, Slowik, 2010. S. 42-43).

Plod reaguje na řeč, hudbu, a zpěv buď prudkými, neklidnými pohyby – na zvuky pro něj nepříjemné, nebo klidem na hudbu a zvuky, které jsou pro něj příjemné. (Plevová, Slowik, 2010. S. 42-43).

Lze předpokládat, že dítě v prenatálním období si tyto vzpomínky uchovává v paměti a při stejné hudbě velmi dobře reaguje a zklidňuje se také po narození. (Plevová, Slowik, 2010).

2.2.2 *Novorozenecké období*

V tomto období, zejména těsně po porodu je chování matky i dítěte regulováno biologicky, tudíž instinktivně. V tomto biologicky daném senzitivním období se vytváří pevný vztah mezi dítětem a matkou. Kojení a časný kontakt stimuluje mateřské instinktivní chování. Z psychologického hlediska je pro dítě i matku důležité zejména kojení, vzájemný kožní a oční kontakt. (Plevová, Slowik, 2010).

2.2.2.1 *Komunikační prostředky rodiče*

Dítě velmi dobře rozeznává výraz ve tváři. Dítě vnímá veselost rodiče, strnulost, povytažené obočí, úsměv, smích, smutek, překvapení. Tvář druhého člověka se dítěti velmi líbí. Proto by měl rodič před dítě předstupovat a ukazovat mu svoji tvář, aby si ji zapamatovalo. (Plevová, Slowik, 2010, s. 45).

Dalším komunikačním prostředkem je slovo. Dítě se orientuje podle intonace. Poznává výšku hlasu, jeho zbarvení a také tomu dává přednost. Dítě se může polekat příliš hlubokého nebo vysokého hlasu. Rodičům se doporučuje mluvit s dítětem o tom, co se v dané chvíli děje. Vytváří se tím, vztah mezi rodičem a dítětem do budoucnosti. (Plevová, Slowik, 2010).

2.2.2.2 *Styl komunikace ze strany novorozence*

Dítě má mnoho hlasových projevů, ale používá především neverbální komunikaci.

Nejvýznamnějším projevem ze strany dítěte je pláč. Pláč, ale nemusí znamenat jen negaci. Rodič by měl rozlišit, co pláč dítěte znamená. Může značit bolest, nebo má hlad, je mu horko, či zima, nudí se, je mu smutno atd. (Plevová, Slowik, 2010).

2.2.3 Kojenecké období

Hlavním komunikačním prostředkem v tomto věku je stále ještě pláč. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 53). Dítě se po narození rychle učí, že křik je jediným účinným prostředkem, který mu zajistí pozornost, ochranu a péči. V prvních měsících po narození pláč narůstá, vrcholu dosahuje kolem druhého měsíce věku. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Ve třech měsících už je křik méně častý, objevují se ojedinělé a krátké hlásky. Řeč v pravém slova smyslu se začíná u dítěte vyvíjet koncem prvního roku života, tehdy se objevuje zvuk sdružený s významem. Např. bác při vyhazování předmětu a jeho dopadu. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Kolem čtvrtého měsíce se objevuje první smích. Čtvrtý a pátý měsíc dítěte je přechodem ke zvukům jako je pískání, vrnění, mlaskání a houkání, objeví se první hlásky G, K, CH, P, B, T, D a samohlásky= žvatlání (pa, ba, ta). Hlásky neduplikuje. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V šestém měsíci hlasem vyjadřuje pocity a umí dát najevo nespokojenost bez užití pláče. Začíná hlásky duplikovat. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V osmém a devátém měsíci začíná chápat souvislosti řeči: např. udělej pápá a dítě zamává (paci-paci apod.). Objevuje se jednoduché slovo s vícečetným významem (ba= babička). (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Jedenáctý a dvanáctý měsíc se u dítěte objeví první smysluplná slova, velmi jednoduchá, ale užívaná jen pro určité situace (mama, ham...). Kolem 12. měsíce jich je přibližně 6. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Ve vývoji řeči je individuální variabilita mnohem větší než v jiných oblastech vývoje. Podstatným prvkem může být vhodná stimulace ze strany matky (přiměřeně obsahově, časově, respektující náladu, vývojové období a preference dítěte). (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.2.4 Batolecí období

V batolecím období je řeč považována za vrcholný atribut lidské činnosti, jejich vývoj je závislý na biologickém věku a v tomto období se projevuje na několika úrovních:

* předřečové myšlení - fáze, ve které dítě začíná účelně používat věci, chápe jejich smysl, význam (např. klíč do klíčové dírky)

* vyšší řečová úroveň - každému předmětu náleží jiné označení = symbol. Ve druhém roce života je „jedinou“ aktivitou přiřazování symbolů k předmětům a je docela vhodné toto období nazývat obdobím CO JE TO.

Slova pomáhají dítěti orientovat se v prostředí, mají zevšeobecňující funkci a stávají se základnou pro pojmové myšlení.

Na počátku období má batole v zásobě 20-30 výrazů a používá pouze jednotlivá slova, nikoliv věty. Slova v tomto období mají široký význam, např. havák = je tady pes, štěkal pes, odešel pes, kožešina na zemi... Konec druhého roku slaví přibližně se 300 slovy (podstatné jména a slovesa), z nichž je schopno vytvořit jednoduché věty (jedeme pápá, tata pá...)

V období tří let má přibližnou slovní zásobu 1000 slov, v nichž přibývají přídavná jména. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V batolecím období má význam tzv. egocentrická řeč, kdy dítě používá hlasitou řeč bez záměru s někým komunikovat. S její pomocí dítě vyjadřuje své pocity spojené s myšlením.

2.2.5 Předškolní období

Řeč se u dítěte předškolního věku hodně zdokonalí. Kolem čtvrtého a pátého roku vymizí patlání, dítě se naučí řádně vyslovovat. Pokroky řeči jsou patrné i ve větné stavbě. Zatímco věty dvouletých dětí byly spíše tríslovné, v předškolním období se objevují souvětí. Vedle souřadných souvětí se začnou objevovat souvětí podřadná (hypotaktická). Dítě má zájem o mluvenou řeč. Vydrží poslouchat říkanky, pohádky a to i v malých dětských skupinách. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

V této době i dítě rádo povídá i sám pro sebe. Vývoj řeči umožňuje i růst poznatků, umí říct své jméno a na dotaz umí udat pohlaví, Umí označit barvy a v období pěti let je schopna podat jednoduchý popis věci. Dokáže se naučit vyjmenovat dny v týdnu, a osvo-

juje si základy počítání. V šesti letech je schopno určit i počet předmětů. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Důležitý pokrok dítěte v předškolním období je však také v tom, že začíná také účinně užívat řeči k regulaci svého chování. *Podle A. U. Lurji teprve od tří let je dítě schopno řídit své chování podle slovní instrukce zprvu tak, že ji nahlas opakuje, později (asi od čtyř nebo pěti roků) už podle „vnitřní řeči“, bez hlasitého vyjadřování svých záměrů.* (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 89).

V předškolním období dítě stále zřetelněji vyrůstá z rámce rodiny – domov už mu nestačí, zajímá ho vnější svět, hledá nové vztahy, které přesahují rámec důvěrně známého prostředí. (Langmeier, Krejčířová, 2006).

2.2.6 Mladší školní období

Ve školním věku roste slovní zásoba, délka a složitost vět, větná stavba a užití gramatických pravidel postupuje na vyšší úroveň. Dítě si osvojuje nová slova, poznává nové významy slov, a užívá jich s vyšším porozuměním a v lepších souvislostech. (Plevová, Slowik, 2010).

2.2.7 Období dospívání

Rozdělujeme:

- období pubescence – trvá zhruba od 11 do 15 let.
- období adolescence – trvá asi od 15 – 22 let.

Myšlení a řeč se v období dospívání velmi intenzivně rozvíjejí a obohacují zejména po kvalitativní stránce. Myšlení už na kvalitativní úrovni odráží jevy, objektivní skutečnosti a vyznačuje se svérázností myšlenkových procesů. Dospívající nejen pozoruje konkrétní předměty, ale soustřeďuje se na pozornost i na jejich vlastnosti okem nepozorovatelné a analyzuje si je. V tomto období už definitivně převládá logické myšlení. (Kuric, 1999).

3 KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM

Komunikace s dětským pacientem je vždy velmi specifická. (Plevová, Slowik, 2010, s. 63).

Ke spolupráci dítěte je nutná efektivní komunikace ze strany zdravotnického personálu. Z pohledu ošetřovatelství, je potřeba znát vývojové stádia dítěte a okolnosti, které komunikaci s dětským pacientem modifikují., případně podporují nebo omezují. (Plevová, Slowik, 2010).

Komunikace je bezprostředně determinována zdravotním stavem, charakterem a typem onemocnění a intenzitou klinických příznaků. Ovlivňuje ji momentální prožívání a psychický stav dítěte. Je nutné, aby sestra získávala a ustavičně zdokonalovala své komunikační schopnosti při péči o dětského pacienta. (Plevová, Slowik, 2010, s. 63).

3.1 Onemocnění a individualita dítěte

Nemoc se promítá do osobnosti dítěte a celou ji podmaňuje. U každého dítěte nabývá jinou podobu a jinak dítě reaguje. Dítě může omezovat snížení pohybu, izolace od kamarádů, nebo odloučení od rodičů. Tyto podněty mohou vyvolat u dítěte strach a úzkost. (Plevová, Slowik, 2010). *Někdy dítě trpí pocitem viny, a jindy je děsí představa smrti nebo trvalé invalidity.* (Plevová, Slowik, 2010, s. 63).

3.2 Hospitalizace dítěte

Hospitalizace dle Matějčka (2001) představuje narušení normálního života dítěte, jeho denních aktivit a životního stylu rodiny, z kontaktu se sourozenci, příbuznými a vrstevníky. (Plevová, Slowik, 2010, s. 64).

Během hospitalizace, může dítě prožít neznámé a bolestivé zkušenosti a je nuceno komunikovat s neznámými lidmi. Nejvíce času s dítětem tráví sestra. Uspokojuje jeho biologické, i citové potřeby. (Plevová, Slowik, 2010).

3.2.1 Charta práv hospitalizovaného dítěte

Jelikož situace pro hospitalizované dítě je psychicky náročná, schválila Centrální etická komise ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993 chartu práv hospitalizovaného dítěte. Kromě jiného je zde uvedeno:

- Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
- Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony, podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
- S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

3.2.2 Příjem dítěte do nemocnice

Kristová (2004) uvádí základní činnosti, které by měla sestra při příjmu na oddělení dodržet:

- *Pozdraví*
- *Představí se*
- *Orientuje komunikaci v první linii na dítě, ve druhé na matku, případě jinou doprovázející osobu*
- *Osloví dítě a zeptá se, jak se jmenuje*
- *Osloví dítě jménem*
- *Zjistí, jak ho oslovují v domácím prostředí, ve školním kolektivu a jak by si přálo, aby jej oslovovala*
- *Naváže kontakt s dítětem pomocí hračky, knihy*
- *Orientuje pozornost na oblíbenou hračku, když jim má dítě s sebou, hračka může pomáhat při překonávání strachu*
- *Umožní dítěti aktivní spolupráci ve filtru*
- *Ukáže mu oddělení, pokoj, vyšetřovnu*
- *Představí dítě ostatním dětem na pokoji a děti jemu*
- *Ukáže mu hernu, hračku, knihy*
- *Povypráví mu o lidech v nemocnici – lékařích sestrách, učitelce a nových kamarádech.*
- *Poskytne dítěti prostor na otázky, na které trpělivě odpovídá (Plevová, Slowik, 2010).*

Pro příjemnější pobyt dítěte v nemocnici, je důležitá důkladná anamnéza dítěte. Tyto informace je potřeba získat i v případě, že s dítětem se hospitalizuje matka a že je vlastně trvale k dispozici. Sestra se musí vyptat i na obvyklý denní program dítěte doma (zvláště u kojenců a batolat), na jeho návyky, zábavy a záliby, aby jich mohlo být případně později využito k získání jeho zájmu a spolupráce nebo abychom se mohli vyvarovat příliš radikálních zásahů do soustavy jeho návyků. (Plevová, Slowik, 2010).

Sestra v rámci přijímacího pohovoru by si měla zjistit i hygienické, stravovací a spánkové návyky dítěte, výchovné návyky, vyzrállost a samostatnost dítěte. (Plevová, Slowik, 2010).

3.3 Komunikace s nemocným dítětem

Při ošetřování dítěte je třeba dbát na to, aby komunikace probíhala především s dítětem. Důležité je navázání kontaktu a i když máme pocit, že se nám to nezdařilo z důvodu, že je dítě malé, nebo se stydí, musíme být trpěliví a vlídně se na dítě obracet. Dítě by mělo mít dojem, že je aktérem komunikace a že může spolurozhodovat co se s ním děje. Důležitá je pochvala, úsměv a vlídné zacházení. K dítěti přistupujeme s holistickým přístupem. (Plevová, Slowik, 2010).

Děti příznivě reagují, když s nimi komunikujeme prostřednictvím hračky. Můžeme na hračce i předvést ošetření, které dítě čeká. Laskavým chováním hračky si získáme větší sympatie k dítěti a dítě může být ochotnější ke komunikaci s námi. Nemáme-li po ruce žádnou hračku, je možné dítě nabídnout k pozornosti něco jiného. (Plevová, Slowik, 2010).

Velkou roli v této oblasti je spojená se zdravotními klauny. Jedná se o sdružení, které v České republice rozvinul Američan Gary Edwards. Poprvé navštívil nemocnici v roce 1976. V roce 1998 založil v České republice organizaci Zdravotní klaun. První tři roky tuto organizaci financoval ze svých úspor. Hlavním posláním tohoto občanského sdružení je podporovat psychickou pohodu hospitalizovaných dětí a tím přispívat ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Zdravotní klauni formou humoru pomáhají dětem překonat strach, úzkost z neznámého prostředí a nepříjemných výkonů.

K psychické pohodě dětských pacientů přispívá i UTB ve Zlíně FHS projektem Herní terapie.

3.3.1 Novorozenec

Žádné dítě není na komunikaci příliš malé. Už novorozenec je předladěn pro sociální interakci – reaguje na lidský hlas „osahává zrakem přibližující se obličej, má schopnost napodobovat jednoduché mimické výrazy, rozlišuje příjemný a nepříjemný dotek. (Plevová, Slowik, 2010, s. 76).

Novorozenec jako obranný způsob používá křik, kterým je schopen přivolat si pomoc. (Plevová, Slowik, 2010). Dítě velmi brzy pozná souvislost mezi svým chováním (křikem) a reakcí na něj (někdo přijde a poskytne mu péči – přebalí, nakrmí, pochová). (Plevová, Slowik, 2010).

Druhou mocnou zbraní u dětí je úsměv. Sociální úsměvy (úsměv jako reakce na sociální kontakt se začínají objevovat asi od třetího měsíce dítěte. (Plevová, Slowik, 2010).

3.3.2 Kojenec

Špatenková a Králová (2009), Plevová a Slowik (2010) nám radí, abychom s kojenčí navazovali kontakt obdobně jako s novorozenci a to tak, že se k dítěti nakloníme, aby nám vidělo do obličeje. Na dítě se usmíváme. Snažíme se mluvit něžně a klidně a používáme nonverbální komunikaci. Důležitá je komunikace s dítětem pomocí hry. Pokud je dítě úzkostné, stahuje se, je třeba se vyhnout přehnané stimulaci. Uspokojíme co nejrychleji potřeby kojence, aby se cítil bezpečně. (Plevová, Slowik, 2010).

3.3.3 Batole

Oslovujeme dítě tak jak to má rádo. Snažíme se užívat výrazy, jaké používá např. pro vyprazdňování. Umožňujeme dítěti užívat věci, hračky, oblečení, na které je zvyklé z domu. Reakcí na stresovou situaci, může být nejen pláč, ale i vzdor, agrese. V tomto případě se snažíme nebýt direktivní, a směřovat pozornost dítěte mimo situaci, nebo zrcadlení, kdy předstíráme chování, které předvádí dítě. (Plevová, Slowik, 2010).

3.3.4 Předškolní věk

Vyjadřujeme se jasně, stručně, srozumitelně. Používáme jednoduchá slova a krátké věty. Snažíme se udržet oční kontakt s dítětem. Pozorně nasloucháme, pokud nám dítě něco sděluje. Nešetříme chválou, vyplácí se za nepříjemný výkon malá odměna v podobě obrázku, hračky, omalovánky, bonbónu. (Plevová, Slowik, 2010).

Děti velmi oceňují dospělácký přístup. Klidně jim podáme ruku, představíme se navzájem, mluvíme přímo k dítěti, nikoliv k rodičům nebo doprovázejícím osobám, domlouváme se na nějakých pravidlech při ošetření („Když to bude bolet, zvedni ruku, já přestanu ano?“). Tato pravidla dávají dítěti pocit kontroly nad situací a redukuje jeho tenzi. (Plevová, Slowik, 2010, s. 78).

3.3.5 Školní věk

Pro vysvětlování ošetřovatelských intervencí stále používáme dětský slovník. V tomto věkovém období dochází k velkému rozvoji řeči, proto s těmito dětmi můžeme velmi dobře verbálně komunikovat. (Plevová, Slowik, 2010).

3.3.6 Dospívající

Špatenková s Královou (2009) doporučují zdravotníkům, aby vybudování vztahu mezi nimi a dospívajícím dítětem dopřáli čas už jen tím, že jej vyslechnou a nebudou jej soudit (odsuzovat). (Plevová, Slowik, 2010, s. 80).

Dospívajícího oslovujeme jménem a pozitivně na něj zapůsobí i vykání. Jestliže s ním probíráme poskytovanou ošetřovatelskou péči, vedeme ho tím k zodpovědnosti o své tělo a zdravotní stav. Vyhýbáme se direktivnímu, autoritativnímu stylu komunikace. Respektujeme pacientovo soukromí a pocit studu. Přistupujeme k pacientovi jako jedinečné originální osobnosti. (Špatenková, Králová, 2009, Plevová, Slowik, 2010).

3.3.7 Zásady komunikace s nemocným dítětem

Mezi zásady komunikace můžeme zařadit tyto zásady:

- Dítěti nelžeme
- Trpělivě vysvětlujeme vše s přihlédnutím ke zralosti dítěte. Sdělujeme, co se bude dít, jak dlouho to bude trvat, kdo tam bude atd. Vhodným kladením otázek se přesvědčíme, zda jsme byli pochopeni. Nevědomost podporuje fantazii a strach.
- Používáme jednoduchý slovník a krátké srozumitelné věty.
- Dbáme na to, aby dítě vědělo, že nezůstane samo.
- Připravujeme dítě na bolest, nikdy netvrdíme opak.
- Vždy chválíme a oceňujeme jakékoliv úsilí, činnost. Aktivně vyhledáváme, za co lze dítě obdivovat.

- Při navázání kontaktu využíváme hračky, obrázky, knihy. Zjistíme co dítě má rádo a zvolíme vhodné téma pro případný nezávazný rozhovor, který uvolní napětí.

(Venglářová, Mahrová, 2006).

3.4 Význam neverbální komunikace s dítětem

Neverbální komunikace zastupuje více než polovinu signálů, kterými dítě projevuje skutečně prožívané emoce. Největší význam má u novorozenců a kojenců, dětí mentálně postižených a dětí těžce nemocných. (Plevová, Slowik, 2010).

3.4.1 Mímika

Podle Plevové a Slowik (2010) tvář dítěte prozradí jeho veškeré emoce a prožívání. Pro komunikaci s dítětem je důležitý oční kontakt a dodržení zrakového horizontu, což značí, že se nemáme dívat na dítě z výšky, ale zaujmout takovou pozici, aby naše oči byly na úrovni očí dítěte. Úsměv sestry je taktéž důležitý pro dítě. (Plevová, Slowik, 2010).

3.4.2 Proxemika

Sestra při kontaktu s dítětem zaujímá především intimní nebo osobní zónu, i v případě, že dítě projevuje nesouhlas a negativní emoce. Tato zóna je důležitá z hlediska provádění diagnostických, terapeutických a ošetrovatelských úkonů. (Plevová, Slowik, 2010).

Sestra ve své profesi využívá i společenskou zónu, např. hovoří-li s dětmi na pokoji. Veřejnou zónu při kontaktu s pacienty téměř nevyužívá. (Plevová, Slowik, 2010).

3.4.3 Haptika

Dotyk je základním prvkem každodenní péče o dítě i z hlediska ošetrovatelské péče o pacienta. (Doherty-Shnnedon, 2003). Dotykem – pohlazením můžeme dítě jak zklidnit, tak rozrušit. Dítě může mít dotykový kontakt od sestry spojený s nepříjemnou zkušeností týkající se ošetrovatelského výkonu.

U kojenců, batolat a dětí předškolního věku může sestra vytvořit vztah důvěry, lásky, když vezme dítě do náručí. Tento moment znamená pro dítě pocit jistoty a bezpečí. (Plevová, Slowik, 2010).

3.4.4 Posturika

Součástí příjmové anamnézy sestra sleduje postoj a polohu dítěte. Sestra také může rozpoznat bolest dítěte tak, že se dítě drží za postižené místo. Všimá si také prvků, které ukazují na negaci dítěte, např. překřížené ruce na prsou. (Plevová, Slowik, 2010).

3.4.5 Gestikulace

Gesta jsou spontánní pohyby těla, nejčastěji rukou. Gestikulace dítěte je bohatá. Na děti mají negativní vliv gesta typu zákazu nebo příkazu se zdviženým prstem, poklepávání na stůl, nebo gesta se zaťatou pěstí. (Plevová, Slowik, 2010, s. 81).

3.4.6 Celková úprava zevnějšku a vzhled

Sestra si všimá celkové upravenosti dítěte a rodiny, které svědčí o sociální a ekonomické situaci rodiny. Stejně i dětský pacient a rodič vnímají upravenost a celkový vzhled sestry. U sester není vhodné výrazné líčení a šperky, dlouhé sytě nalakované nehty. (Plevová, Slowik, 2010).

Děti vnímají pozitivně jakékoliv oživení sesterské uniformy. Ideální je barevné oblečení, nebo třeba vykukující plyšové zvířátko. (Plevová, Slowik, 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cílem průzkumu je zjistit úroveň komunikace všeobecné sestry s dětským pacientem. V rámci dotazníkového šetření se pokouším zjistit o získání informací od všeobecných sester pracujících s dětmi o významu komunikace a definice bariér, které narušují vzájemnou komunikaci s dítětem. Pokouším se o odhalení případných potřeb a nedostatků všeobecných sester pracujících na dětských odděleních. Na základě získaných nedostatků jsem vytvořila edukační materiál, sloužící ke komunikaci s dětským pacientem. Všechny vychází z prostudování odborné literatury a na základě získaných zkušeností a z výsledku dotazníkového šetření.

5 STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl práce: zjistit úroveň komunikace sestry s dětským pacientem

Cíl 1: Zjistit nejčastější komunikační bariéry všeobecné sestry s dětským pacientem.

H1: Domnívám se, že více sester se vzděláním VZŠ a vysokoškolským vzděláním než středoškolským dává přednost komunikaci s rodičem před dětským pacientem.

H2: Předpokládám, že většina sester s praxí delší než 20 let dává přednost komunikaci s dětským pacientem před rodiči dítěte.

H3: Domnívám se, že komunikaci hrou volí častěji sestry se specializovaným vzděláním (dětská sestra) než všeobecně vzdělané sestry.

H4: Předpokládám, že více než 60% sester nerado komunikuje s pacienty v pubertálním období než pacienty v batolecím období.

Cíl 2: Zjistit komunikační bariéry na straně dětí.

H1: Předpokládám, že více než 50% dětí lépe komunikuje se zdravotnickým pracovníkem bez přítomnosti rodičů.

Cíl 3: Zjistit zda se sestry vzdělávají v oblasti komunikace.

H1: Předpokládám, že více než 50% sester ovládá nebo částečně ovládá znakovou řeč.

H2: Domnívám se, že více než 60% sester absolvovala seminář o komunikaci.

Cíl 4: Vytvořit edukační materiál sestry s dětským pacientem.

6 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvořili zdravotničtí pracovníci, pracující na pozici všeobecných a dětských sester. Dotazníkové šetření probíhalo na dětských a infekčních odděleních v rámci Zlínského kraje a v rámci pediatrického sympozia pořádaného v Luhačovicích v prosinci loňského roku. Rozdáno bylo celkem 100 dotazníků. Sestry byly vybírány metodou záměrného výběru, musely pracovat na oddělení či ambulanci, kde přicházely do kontaktu s dětským pacientem.

6.2 Metoda práce

Metodou (technika výzkumu) získaných údajů byl dotazník. Dotazník je explorační výzkumná metoda, sloužící k získávání informací prostřednictvím subjektivních výpovědí zkoumaných osob, kteří se nazývají respondenti. Dotazník se obvykle skládá z prvků, takzvaných dotazníkových položek. Každá položka se skládá z části předmětové (otázkové) a odpovědí. Východiskem pro konstrukci dotazníku by měl být cíl výzkumu. Dotazníkové otázky mohou být otevřené (tedy ty, u kterých se předpokládá dopsání nějaké konkrétní odpovědi), zavřené otázky (mají možnosti více variant, spočívá v označení jedné či více možností), a polootevřené (kombinace předchozích dvou typů dotazníkových otázek, spočívají v označení odpovědi a předpokládají též nějaké písemné doplnění).

6.3 Charakteristika položek dotazníku

Dotazník obsahoval 18 otázek. Byly do něj zahrnuté všechny typy otázek, tedy uzavřené, polotevřené, otevřené.

Otázky č. 1, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 17 jsou uzavřené.

Otázky č. 2, 4, 7, 12, 13, 16 byly polouzavřené.

Otázka č. 18 byla otevřená.

Položky č. 1, 2, 3, 4, se týkaly identifikačních údajů. (věk, vzdělání, délka praxe a typ oddělení). Zjištění typu vzdělání je důležitým kritériem vztahující k cíli č. 1 a hypotéze č. 1. Údaje týkající se délky praxe se **vztahuje k cíli č. 1.**

Otázka č. 5 se týkala komunikace obecně, chtěla jsem zjistit, zda sestry krom verbální komunikace uznávají i jiné způsoby komunikace s dětmi. Na dětském oddělení má své

místo i komunikace hrou nebo prvky neverbální komunikace více než s dospělými pacienty. Otázka se vztahuje k cíli č. 1., hypotéze č. 3.

Otázka č. 6 se vztahuje k cíli č. 1 a hypotézám č., 2, 3. Cílem otázky je zjistit, zda sestry vyhledávají spíše komunikaci s dítětem, nebo raději komunikují s dítětem prostřednictvím rodinného příslušníka.

Otázka č. 7 je zjistit, co může být v jednání sestry pro dětské pacienty a jejich doprovod do zdravotnického zařízení prostředkem pro nenavázání důvěry mezi sestrou a pacientem. Otázka se vztahuje k cíli č. 1.

V otázce č. 8 k cíli č. 2, hypotéze č. 1. Prostřednictvím bych chtěla zjistit názor sester na komunikaci dítěte bez rodičů.

Otázky č. 9,10 se vztahují k cíli č. 1. Její zaměření je na projevy nonverbální komunikace. Dotazují se sestry, zda jsou schopny naslouchat dětským pacientům a jsou-li schopny projevit empatii.

Otázka č. 11 se zaměřuje na věkové skupiny dětských pacientů a cílem je zjistit, s jakou věkovou skupinou se sestrám špatně komunikuje. Otázka se vztahuje k cíli 1, hypotéze č. 3.

Otázka č. 12 se týká komunikačních bariér dítěte, které jim mohou bránit v účinné komunikaci. Otázka se vztahuje k cíli č. 2, hypotéze č. 2.

Otázka č. 13,14 slouží k zjištění, v jakých situacích sestry nerady komunikují a zda čas, se kterým s dítětem komunikují, vnímají jako dostatečný. Otázky se vztahuje k cíli č. 1.

Otázky č. 15, 16, se věnují vzdělávání sester v komunikaci. Otázky se vztahují k cíli č. 3, hypotéze č. 2.

Otázka č. 17 se zabývá zjištěním, zda sestry ovládají z komunikačních dovedností – znakovou řeč. Otázka se vztahuje k cíli č. 3, hypotéze č. 1.

Otázka č. 18 se týká volné výpovědi sester, kde mohou vyjádřit svůj názor.

6.4 Organizace dotazníkového šetření

Dotazník byl vytvořen v listopadu roku 2011. Po konzultacích a schválení mojí vedoucí práce byl postupně předáván sestřím ve zdravotnických zařízeních, se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče a vrchních sester. Osobně jsem oslovila sestry, účastnící se odborného pediatrického symposia v Luhačovicích dne 1. 12. 2011. Dotazníkové šetření ve zdravotnických zařízeních probíhalo ve dnech 23. 2. – 4. 4. 2012. Všeobecné sestry měly na jeho vyplnění minimálně 7 kalendářních dní. Rozdáno bylo celkem 100 dotazníků, návratnost byla 70.

6.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla uspořádána do tabulek četností. Byla vyjádřena v tzv. absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce se stejnou odpovědí ze všech nabídnutých možností. Relativní četnost v % potom poskytuje údaje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Každá položka je vyjádřena dotazníkovou otázkou v původním znění. Je-li to možné, je pod tabulkou přehledný graf. Poté následuje komentář k položce, popřípadě informace o potvrzení či nepotvrzení hypotéz.

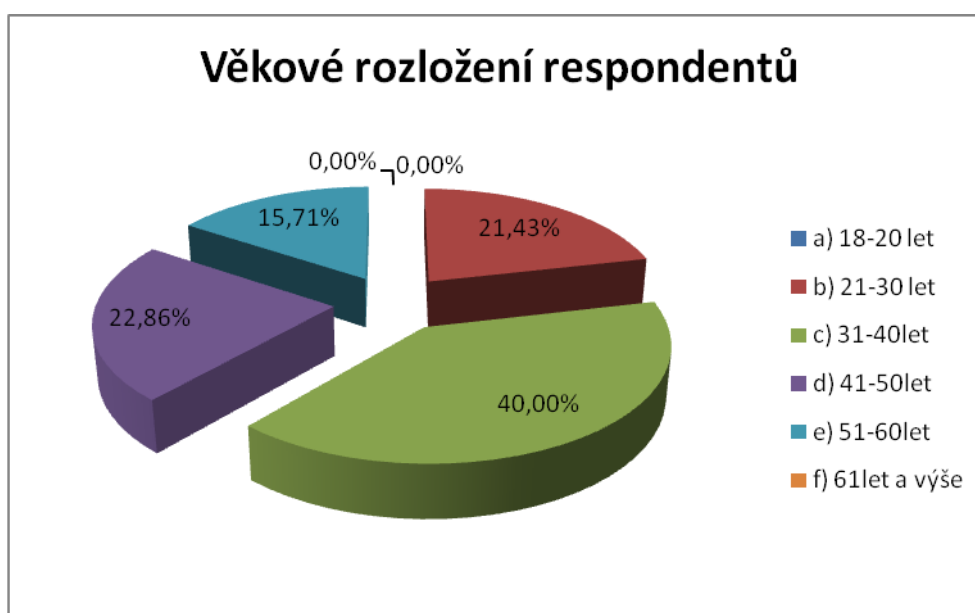
7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Položka č. 1 - Uveďte prosím Váš věk:

Tabulka č. 1

Věkové rozložení respondentů	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) 18-20 let	0,00 %	0
b) 21-30 let	21,43 %	15
c) 31-40let	40,00 %	28
d) 41-50let	22,86 %	16
e) 51-60let	15,71 %	11
f) 61let a výše	0,00 %	0
Celkový součet	100,00 %	70

Graf č. 1



Z tabulky a grafu č. 1 je patrné, že sestry v 18-20 letech (0,0 %) na dětském oddělení nepracují. Sestry ve věku 21-30 let se v mém průzkumném šetření zúčastnilo 21,43 %. Nejvyšší zastoupení na dětském oddělení mají sestry ve věku 31-40 let (40 %). Sestry ve věku 51-60 let zastupuje 22,86 %.

Položka č. 2 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

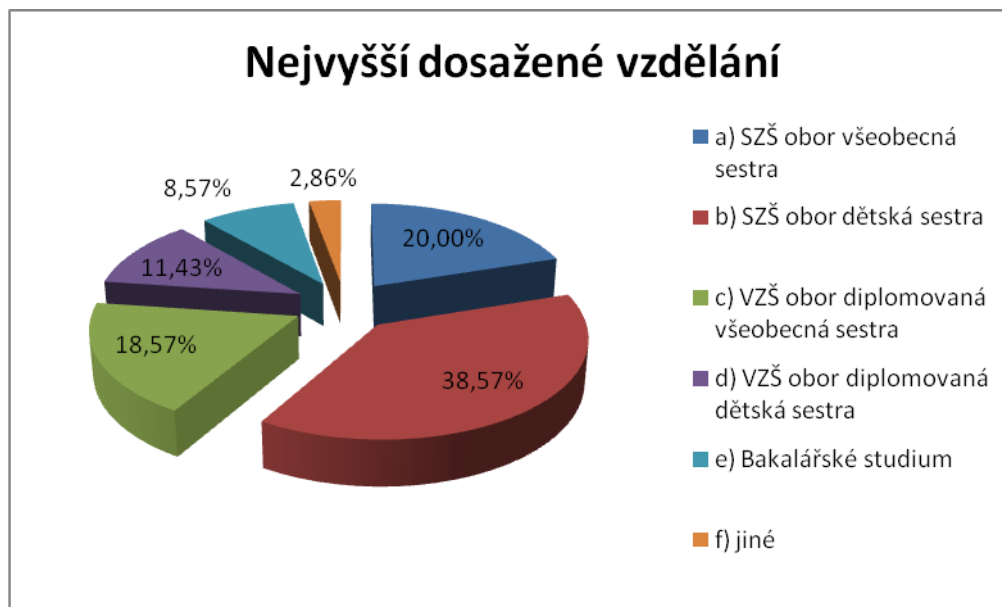
Tabulka č. 2

Vzdělání respondentek	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) SZŠ obor všeobecná sestra	20,00 %	14
b) SZŠ obor dětská sestra	38,57 %	27
c) VZŠ obor diplomovaná všeobecná sestra	18,57 %	13
d) VZŠ obor diplomovaná dětská sestra	11,43 %	8
e) Bakalářské studium	8,57 %	6
f) jiné	2,86 %	2
Celkový součet	100,00 %	70

Odpovědi k možnosti f) jiné

VZŠ diplomovaná sestra pro intenzivní péči	2,86 %	2
--	--------	---

Graf č. 2



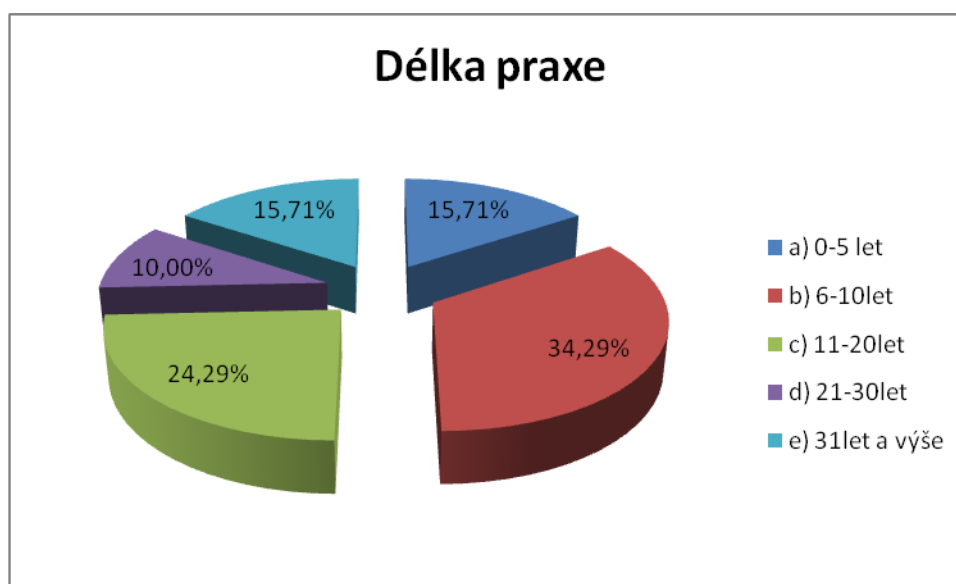
Tato tabulka a graf diferencuje vzdělání respondentů. Nejvyšší zastoupení mají sestry se vzděláním středoškolským a to v oboru všeobecná sestra (20 %) a dětská sestra (38,57 %). Což znamená, že celkem 58,57 % je skupina respondentek se středoškolským vzděláním, skupinu s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním tvoří 41, 63 %. Tyto údaje jsou nezbytné k určení cíle č. 1 a hypotézy č. 1.

Položka č. 3 - Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 3

Délka praxe	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) 0-5 let	15,71 %	11
b) 6-10let	34,29 %	24
c) 11-20let	24,29 %	17
d) 21-30let	10,00 %	7
e) 31let a výše	15,71 %	11
Celkový součet	100,00 %	70

Graf č. 3



Tato tabulka a graf zobrazují délku praxe respondentů. Otázka nabízela pět možností odpovědí. Největší zastoupení měly sestry s délkou praxe 6 - 10 let a to 34,29 %. Tento údaj je nezbytnou položkou k **cíli č. 1 a hypotéze č. 2.**

Položka č. 4 - Na jakém oddělení pracujete?

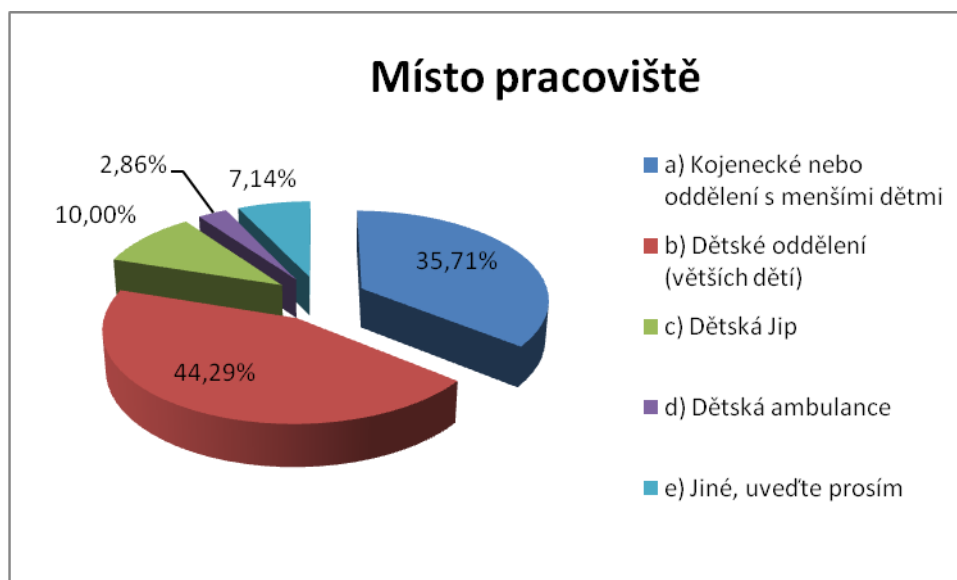
Tabulka č. 4

Místo pracoviště	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) Kojenecké nebo oddělení s menšími dětmi	35,71 %	25
b) Dětské oddělení (větších dětí)	44,29 %	31
c) Dětská Jip	10,00 %	7
d) Dětská ambulance	2,86 %	2
e) Jiné, uveďte prosím	7,14 %	5
Celkový součet	100,00 %	70

Odpovědi k možnosti e) jiné

dětské oddělení, všechny věkové kategorie	1,43%	1
infekce	5,71%	4

Graf č. 4



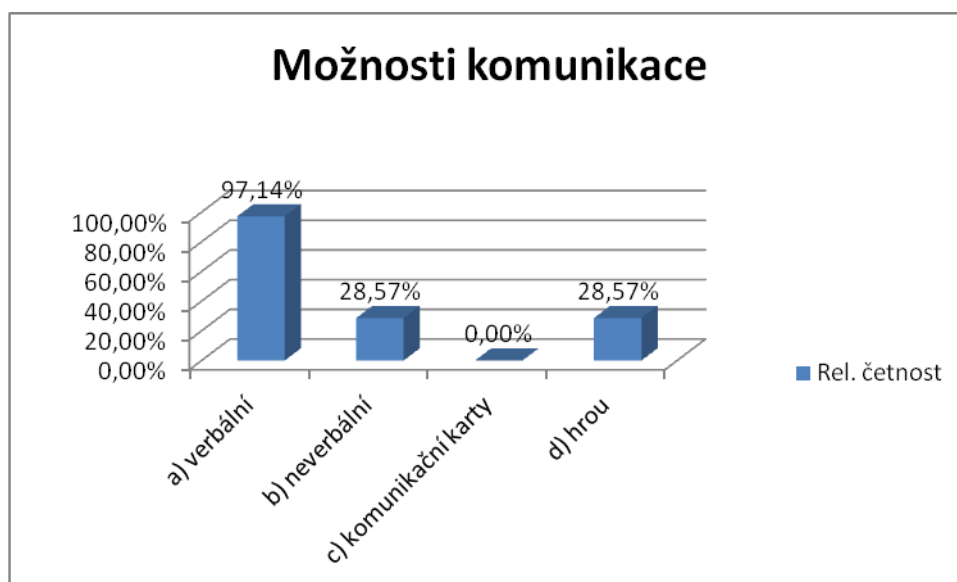
Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, z nichž návratnost byla pouze 70. Nejvyšší zastoupení jsem získala od sester z oddělení větších dětí a to 44,29 % a sestry z kojeneckých oddělení (35,71 %).

Položka č. 5: - Jaké možnosti komunikace u dětí nejčastěji dáváte přednost?

Tabulka č. 5

Komunikace	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) verbální	97,14 %	68
b) neverbální	28,57 %	20
c) komunikační karty	0,00 %	0
d) hrou	28,57 %	20

Graf č. 5



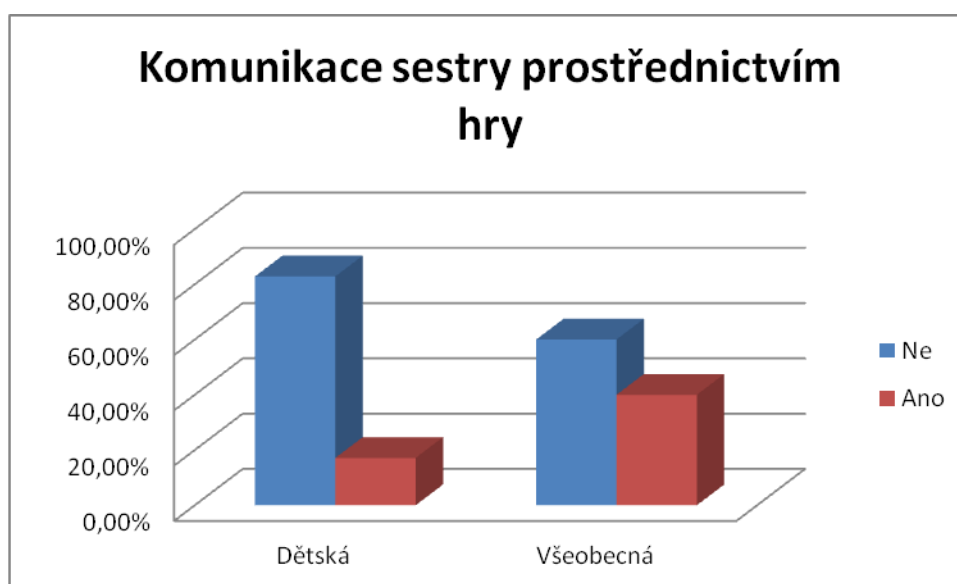
V této otázce mohly sestry uvést více možností komunikace. 97,14 % respondentek upřednostňuje verbální komunikaci. Komunikaci neverbální v péči o děti upřednostňuje 28,57 %. Komunikaci hrou považuje za důležitou 28,57 % respondentek. Tato otázka se vztahuje k **cíli č. 1 hypotéze č. 3**. Bližší výsledky hypotézy uvádím v tabulce a grafu č. 5.1

Položka č. 5.1 - Komunikace dětských sester prostřednictvím hry

Tabulka č. 5.1

Cíl 1 - H3 Komunikace sestry prostřednictvím hry	Dětská	Všeobecná
Ne	82,86 %	60,00 %
Ano	17,14 %	40,00 %
Celkový součet	100,00 %	100,00 %

Graf č. 5.1



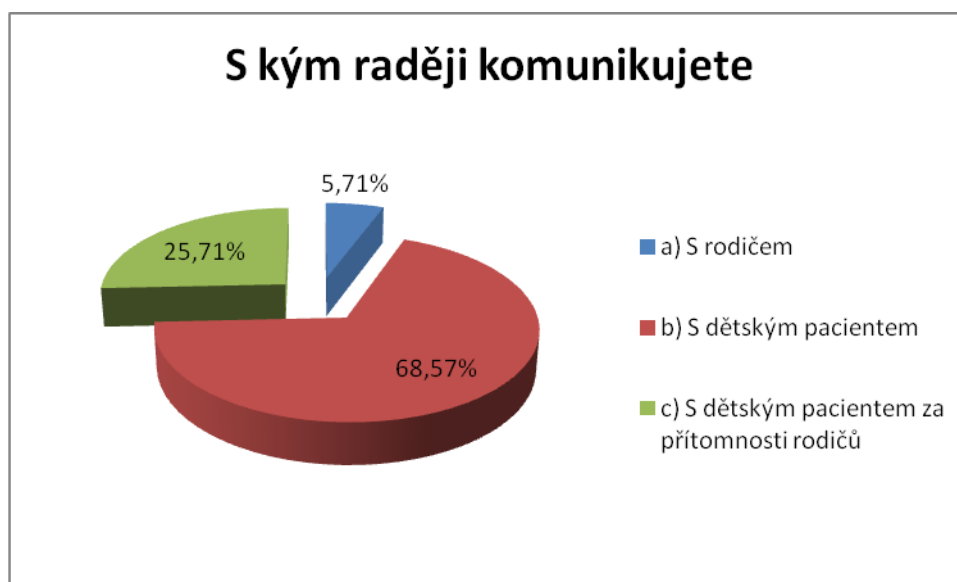
Tabulka a graf se vztahuje k cíli č. 1, hypotéze č. 3. Předpokládala jsem, že komunikaci hrou volí častěji sestry se specializovaným vzděláním (dětská sestra) než všeobecně vzdělané sestry. Z grafu vyplývá, že pouze 17,43 % dětských sester zvolilo z nabízených možností komunikaci hrou, kdežto sester s všeobecným vzděláním tuto možnost zvolilo 40 % respondentek.

Položka č. 6 - S kým raději komunikujete?

Tabulka č. 6

S kým raději komunikujete	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) S rodičem	5,71%	4
b) S dětským pacientem	68,57%	48
c) S dětským pacientem za přítomnosti rodičů	25,71%	18
Celkový součet	100,00%	70

Graf č. 6



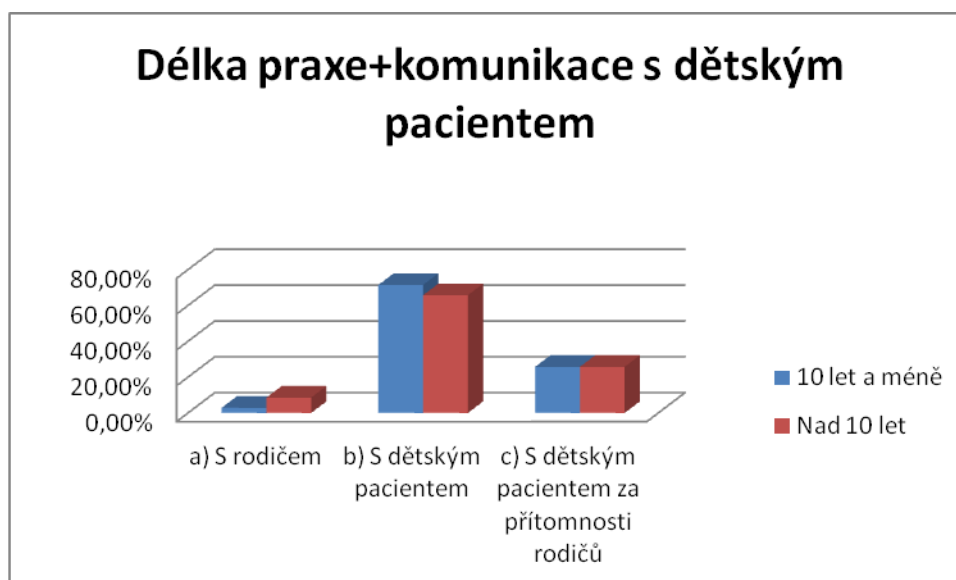
Z tabulky a grafu je patrné, že 68,75 % sester raději komunikují s dítětem, než rodinným příslušníkem. Možnost komunikace s dítětem za přítomnosti rodičů zvolilo 25,71 % respondentek. Pouze s rodičem raději komunikuje 5,71 % sester. Tato otázka se vztahuje k cíli č. 1, hypotéze č. 2. Bližší výsledky hypotézy uvádím v tabulce a grafu č. 6.1.

Položka č. 6.1 - Délka praxe + komunikace s dětským pacientem

Tabulka č. 6.1

Cíl 1 H2 Délka praxe + komunikace s dětským pacientem	10 let a méně	Nad 10 let
a) S rodičem	2,86 %	8,57 %
b) S dětským pacientem	71,43 %	65,71 %
c) S dětským pacientem za přítomnosti rodičů	25,71 %	25,71 %
Celkový součet	100,00%	100,00%

Graf č. 6.1



Tabulka a graf č. 6.1 se vztahují k **cíli č. 1 hypotéze č. 2**. Dle získaných výsledků sester z praxí delších než 10 let, upřednostňuje komunikaci s dítětem 65,71 %, přičemž sester s dětským pacientem z praxí méně než 10 let komunikuje 71,43 %. Komunikace s dětským pacientem za přítomnosti rodičů jsou výsledky rovnocenné, 2,57 %.

Položka č. 7 - Co podle Vás může v jednání sestry vzbudit nedůvěru pacienta?

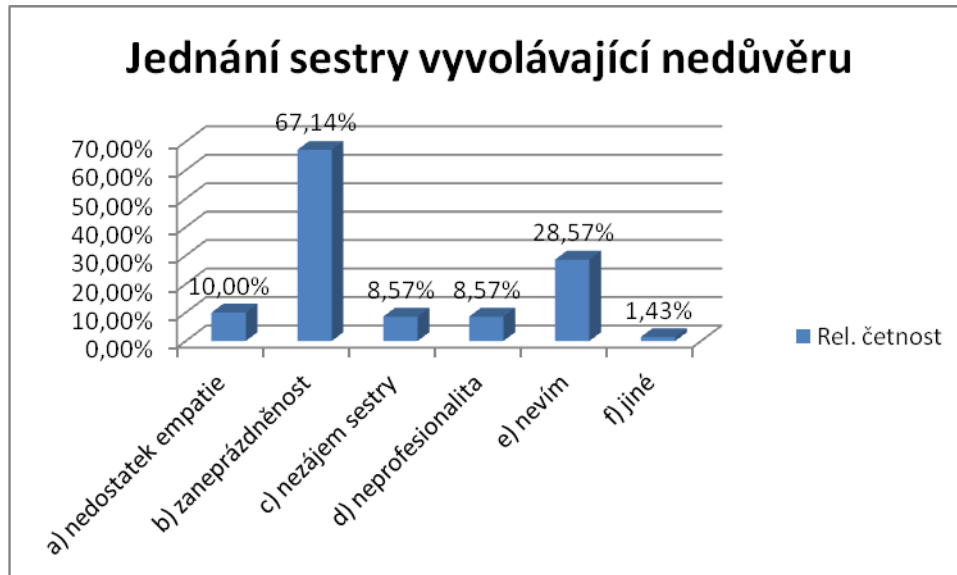
Tabulka č. 7

Jednání sestry, vyvolávající nedůvěru	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) nedostatek empatie	10,00 %	7
b) zaneprázdněnost	67,14 %	47
c) nezájem sestry	8,57 %	6
d) neprofesionalita	8,57 %	6
e) nevím	28,57 %	20
f) jiné	1,43 %	1

Odpovědi k možnosti f) jiné

Lidé chtějí komunikovat s lékařem, ne se sestrou	1,43%	1
--	-------	---

Graf č. 7



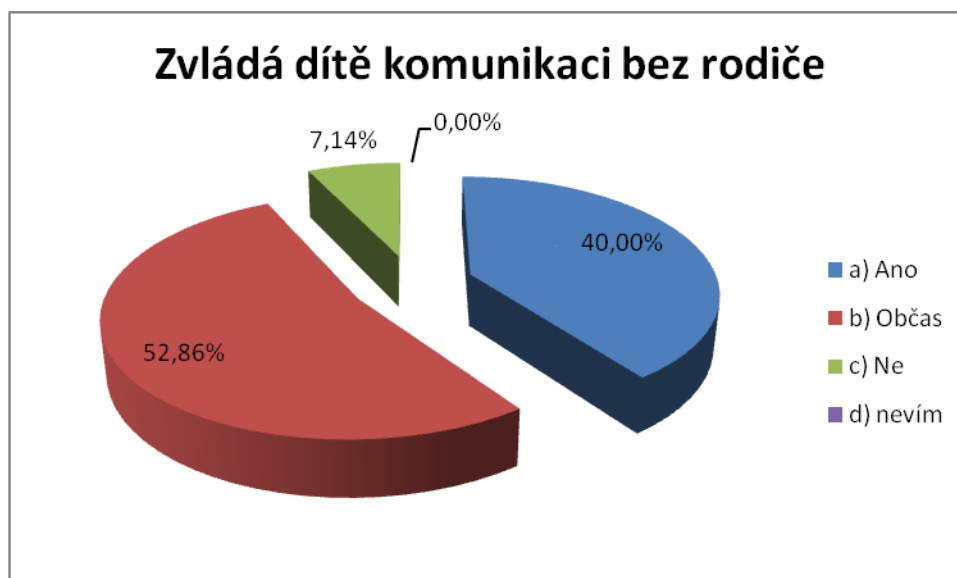
Tabulka a graf č. 7 se vztahuje k cíli č. 1. Možnost nedostatek empatie zvolilo 10 % sester. Zaneprázdněnost 67,14 % sester. Jako nezájem sestry uvádí 8,57 % respondentek. Nevyjádřilo se 28,57 respondentek a jinak odpověděla 1,43 % sester.

Položka č. 8. Myslíte si, že dítě zvládá komunikaci lépe bez přítomnosti rodičů?

Tabulka č. 8

Zvládá dítě komunikaci lépe bez rodiče	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) Ano	40,00 %	28
b) Občas	52,86 %	37
c) Ne	7,14 %	5
d) nevím	0,00 %	0
Celkový součet	100,00 %	70

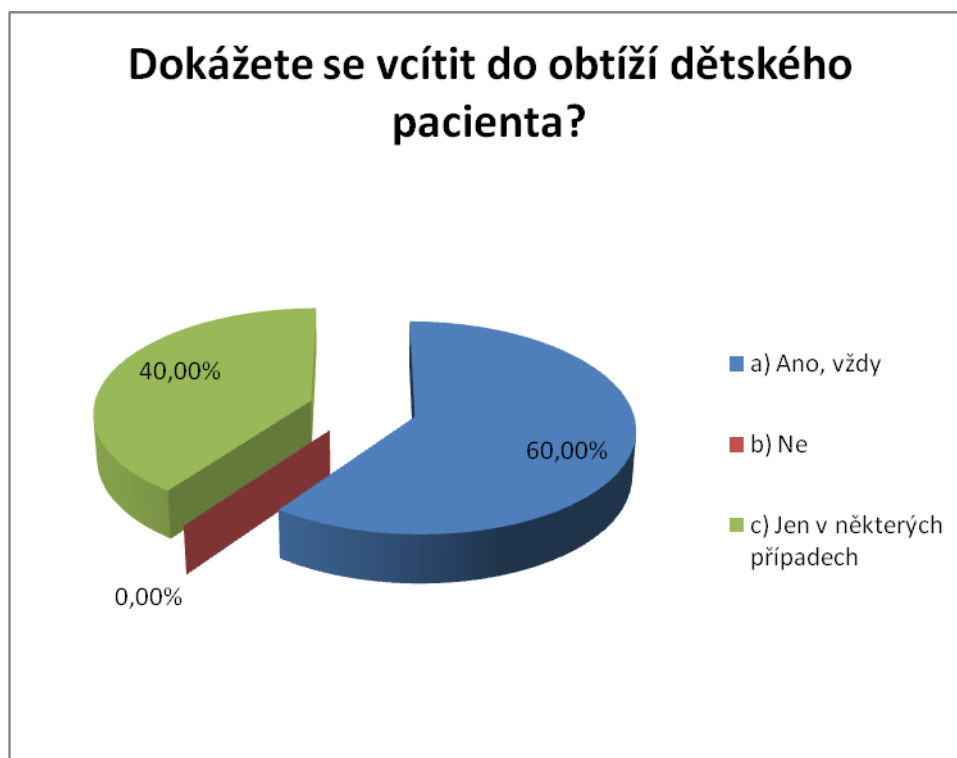
Graf č. 8



Z tabulky a grafu č. 8 je patrné, že 52,86 % sester se domnívá, jsou chvíle, kdy dítě komunikuje lépe bez přítomnosti rodiče. 40 % respondentek se taktéž domnívá, že dítě zvládá lépe komunikaci bez rodičů. Jen 7,14 % sester, lepší komunikací dítěte za přítomnosti rodiče.

Položka č. 9 - Dokážete se vcítit do obtíží dětského pacienta?**Tabulka č. 9**

Dokážete se vcítit do obtíží dětského pacienta?	Relativní počet (v %)	Absolutní četnost
a) Ano, vždy	60,00 %	42
b) Ne	0,00 %	0
c) Jen v některých případech	40,00 %	28
Celkový součet	100,00 %	70

Graf č. 9

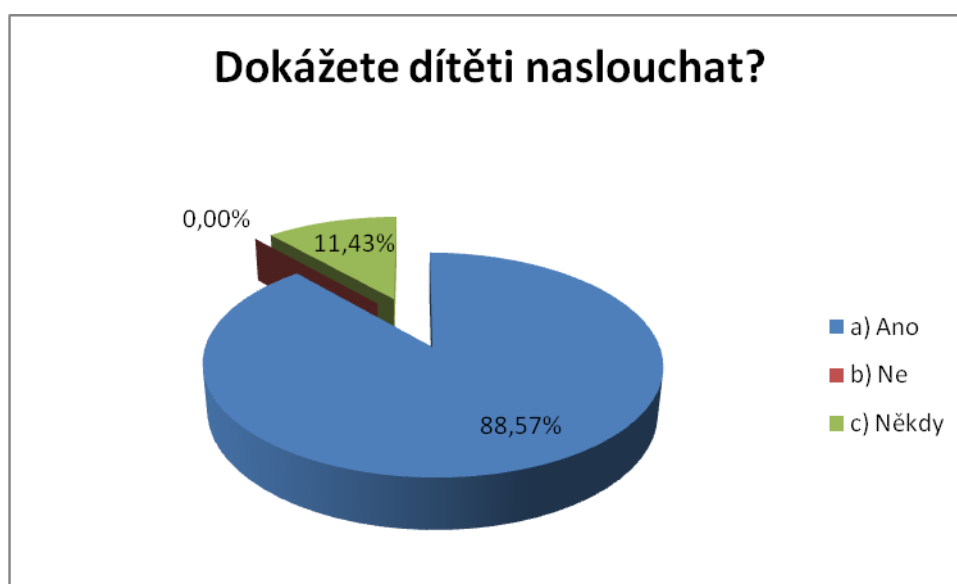
Podle odpovědí na výzkumnou otázku č. 9 je 60 % sester schopno vcítit se do obtíží pacienta, 40 % respondentek uvádí, že schopnost empatie není u nich vždy přítomna.

Položka č. 10 - Dokážete dítěti naslouchat?

Tabulka č. 10

Dokážete dítěti naslouchat?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) Ano	88,57 %	62
b) Ne	0,00 %	0
c) Někdy	11,43 %	8
Celkový součet	100,00 %	70

Graf č. 10



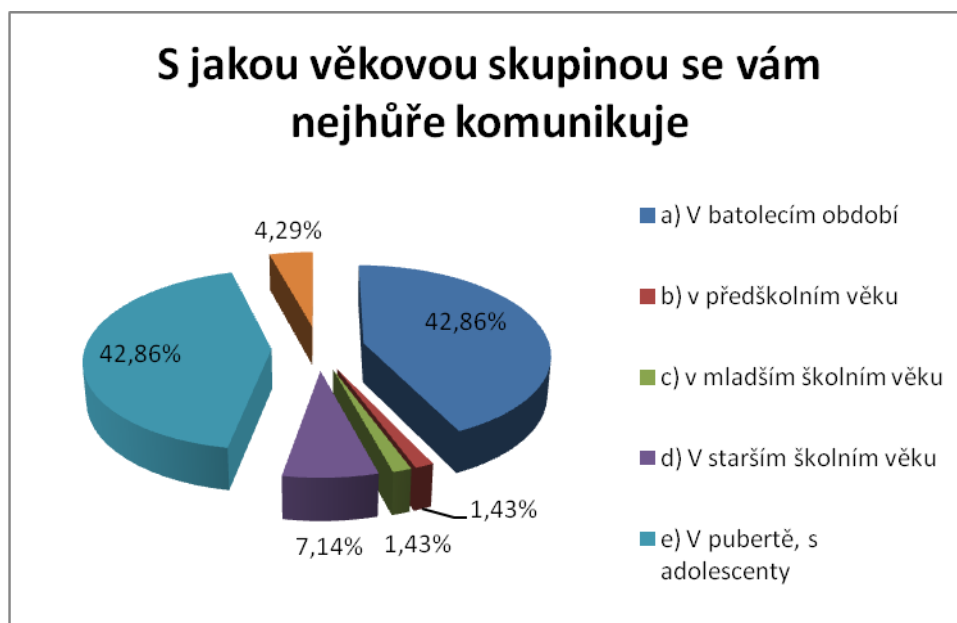
Tento výsledek je vcelku jednoznačný 88,57 % sester uvádí, že dokáže dítěti naslouchat, 11,43 % se dokáže soustředit občas.

Položka č. 11 - S jakou věkovou skupinou se Vám nejhůře komunikuje?

Tabulka č. 11

S jakou věkovou skupinou se Vám nejhůře komunikuje?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) V batolecím období	42,86 %	30
b) v předškolním věku	1,43 %	1
c) v mladším školním věku	1,43 %	1
d) V starším školním věku	7,14 %	5
e) V pubertě, s adolescenty	42,86 %	30
f) S žádnou	4,29 %	3
Celkový součet	100,00 %	70

Graf č. 11



Tato tabulka a graf se vztahují k cíli 1. a hypotéze č. 4. Rizikovou skupinou pro komunikaci jsou děti v batolecím období (42,86 %) a se stejným výsledkem se umístila i skupina adolescentů. Podle získaných výsledků je nejméně problémovou komunikační skupinou jsou děti v předškolním a mladším školním věku (1,43 %). 3 respondentky uvedly, že nemají problém komunikovat s jakoukoliv věkovou skupinou. Tato možnost odpovědi v dotazníku nebyla, přesto ji zde uvádím. Domnívám se, že kdybych tuto možnost odpovědi zvolila, odpovědělo by na ni zřejmě více respondentek.

Položka č. 12 - S jakými komunikačními bariérami se u dětí nejčastěji setkáváte?

Tabulka č. 12

Komunikační bariéry u dětí	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) Pláč	82,86 %	58
b) Strach, Úzkost	75,71 %	53
c) Agrese	4,29 %	3
d) nesoustředěnost	12,86 %	9
e) neochota komunikovat	28,57 %	20
f) jiné	0,00 %	0

Graf č. 12



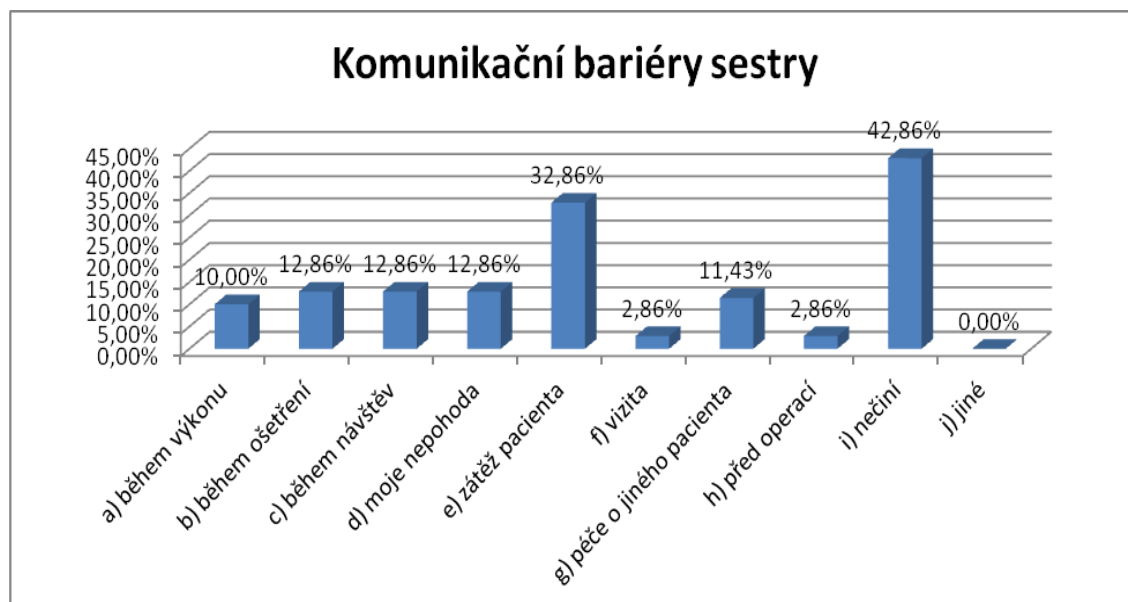
V této otázce měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. Dostaly možnost i volného vyjádření, ale žádná z respondentek svůj názor nepotvrdila. Dle respondentek je nejčastější komunikační bariéra dítěte pláč (82,26 %). Druhou bariérou je strach, úzkost (75,71 %). Naopak nejméně se setry setkávají s agresí u dětí. (4,29 %).

Položka č. 13 - Kdy Vám činí komunikace největší potíže?

Tabulka č. 13

Komunikační bariéry sestry	Relativní četnost (v %)	Počet
a) během výkonu	10,00 %	7
b) během ošetření	12,86 %	9
c) během návštěv	12,86 %	9
d) moje nepohoda	12,86 %	9
e) zátěž pacienta	32,86 %	23
f) vizita	2,86 %	2
g) péče o jiného pacienta	11,43 %	8
h) před operací	2,86 %	2
i) nečiní	42,86 %	30
j) jiné	0,00 %	0

Graf č. 13



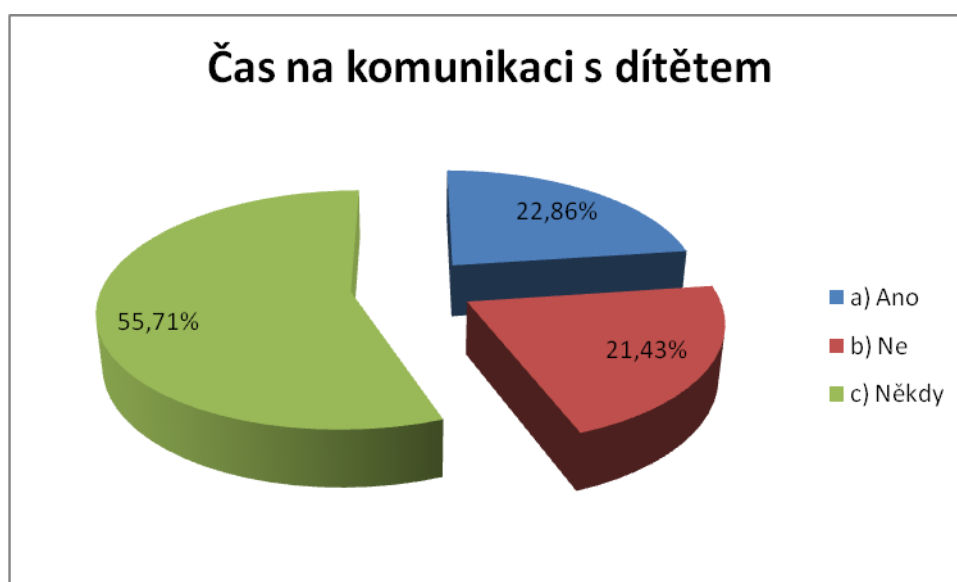
Tato tabulka a graf uvádí možnosti, při kterých by sestra mohla mít komunikační bariéru. I zde měly možnost respondetky zvolit více a odpovědi a také možnost vyjádřit svůj názor. 42,86 % respondentek uvádí, že nemají problém komunikovat v žádné situaci. 32,86 % respondentek mají potíže komunikovat v situaci, kdy je pacient v určité zátěži. Další odpovědi jsou vyrovnané.

Položka č. 14 - Máte na komunikaci s dítětem dostatek času?

Tabulka č. 14

Čas na komunikaci s dítětem	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) Ano	22,86 %	16
b) Ne	21,43 %	15
c) Někdy	55,71 %	39
Celkový součet	100,00 %	70

Graf č. 14



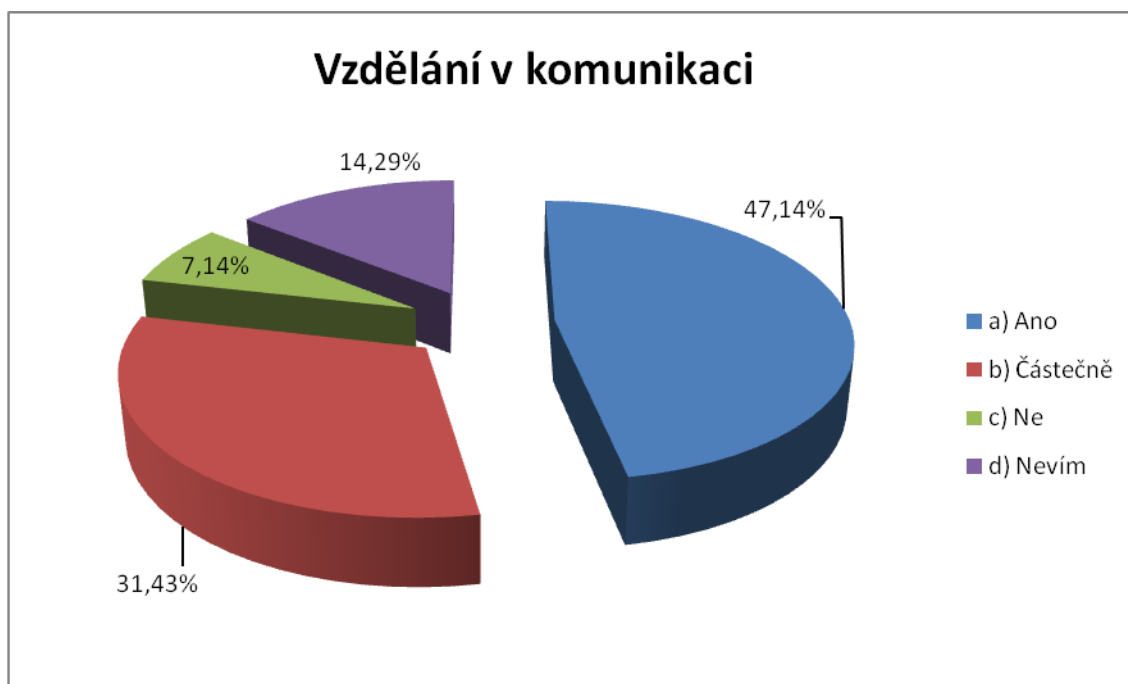
Tato tabulka a graf ukazují, kolik dotazovaných sester se domnívá, že na komunikaci s dítětem mají dostatečný časový prostor. 22,86 % sester udává dostatečný časový prostor pro komunikaci s dětským pacientem. Převládá skupina respondentek, které uvádí, že někdy se čas v komunikaci najde. 21,43 % respondentek nemá časový prostor ke komunikaci s dítětem.

Položka č. 15 - Myslíte si, že jsou sestry v komunikaci dostatečně vzdělány?

Tabulka č. 15

Vzdělání v komunikaci	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) Ano	47,14 %	33
b) Částečně	31,43 %	22
c) Ne	7,14 %	5
d) Nevím	14,29 %	10
Celkový součet	100,00 %	70

Graf č. 15



Tato tabulka a graf ukazují, kolik dotazovaných sester se domnívá, že jejich vzdělání v oblasti komunikace je dostatečné. Početných 47,14 % sester se domnívá, že je jejich vzdělání dostatečné. 31,43 % respondentek udává částečnou vzdělanost. Pouze 7,14 % sester se domnívá, že vzdělanost v komunikaci není úplně dostatečná.

Položka č. 16 - Absolvovala jste kurz či seminář o komunikaci?

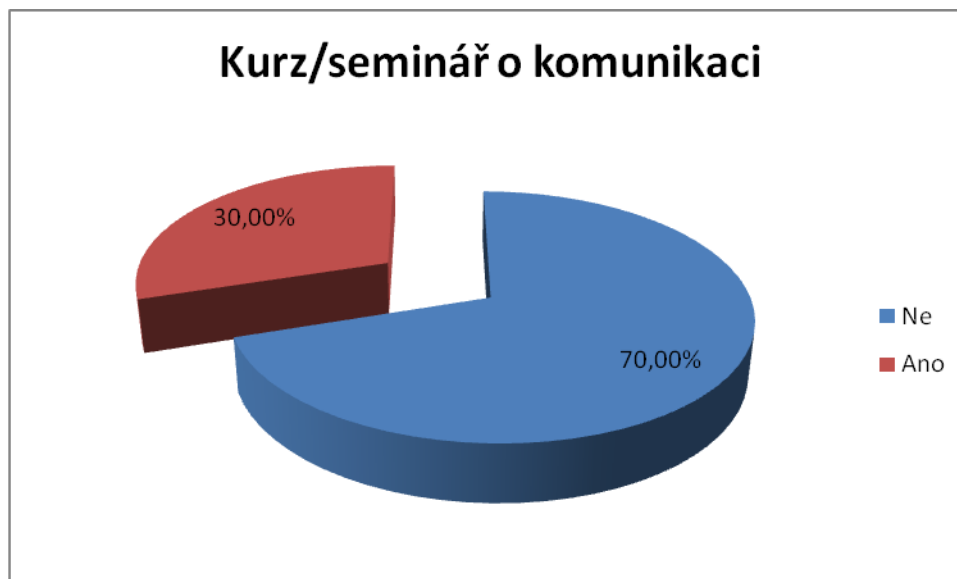
Tabulka č. 16

Kurz/seminář o komunikaci	Relativní četnost (v %)	Počet
Ne	70,00 %	49
Ano	30,00 %	21
Celkový součet	100,00 %	70

Přehled kurzů, které respondentky absolvovaly

během studia	1,43 %	1
efektivní komunikace, asertivita	1,43 %	1
komunikace s ADHD pacientem	1,43 %	1
Komunikační dovednosti pro pracovníky ve zdravotnictví (ČAS)	1,43 %	1
kurz asertivity	5,71 %	4
kurz asertivity, jednání s klientem v obchodní komunikaci	1,43 %	1
neverbální komunikace	1,43 %	1
už nevím	1,43 %	1

Graf č. 16



Tabulka a graf. č. 16 se vztahuje k cíli č. 3, a hypotéze č. 2. 30 % sester uvádí, že se zúčastnilo kurzu/semináře o komunikaci. 70 % respondentek uvádí, že se žádného semináře nezúčastnilo.

Položka č. 17 - Ovládáte znakovou řeč?

Tabulka č. 17

Ovládáte znakovou řeč?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) Ano	0,00 %	0
b) Částečně ovládám	0,00 %	0
c) Ne	100,00 %	70
Celkový součet	100,00 %	70

Graf č. 17.



Z grafu jednoznačně vyplývá, že ani jedna z respondentek neovládá znakovou řeč. Tabulka a graf. č. 17 se vztahuje k cíli č. 3 a hypotéze č. 1.

ZHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl 1: Zjistit nejčastější komunikační bariéry všeobecné sestry s dětským pacientem.

H1: Domnívám se, že více sester se vzděláním VZŠ a vysokoškolským vzděláním než středoškolským dává přednost komunikaci s rodičem před dětským pacientem.

Sestry mající středoškolské vzdělání se v mém průzkumu zúčastnilo 57,58%. Sestry, které mají vyšší, či vysokoškolské vzdělání bylo 40,42%. Možnost raději komunikovat s rodičem před dětským pacientem nezvolila žádná sestra.

Hypotéza č. 1 se nepotvrdila.

H2: Předpokládám, že většina sester s praxí delší než 20 let dává přednost komunikaci s dětským pacientem před rodiči dítěte

Dle získaných výsledků sester z praxí delších než 10 let, upřednostňuje komunikaci s dítětem 65,71 %, přičemž sester s dětským pacientem z praxí méně než 10 let komunikuje 71,43%. Komunikace s dětským pacientem za přítomnosti rodičů jsou výsledky rovnocenné, 2,57%.

Hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

H3: Domnívám se, že komunikaci hrou volí častěji sestry se specializovaným vzděláním (dětská sestra) než všeobecně vzdělané sestry.

Ze získaných výsledků 17,43% dětských sester zvolilo z nabízených možností komunikaci hrou, kdežto sester s všeobecným vzděláním tuto možnost zvolilo 40% respondentek.

Hypotéza č. 3 se nepotvrdila.

H4: Předpokládám, že více než 60% sester nerado komunikuje s pacienty v pubertálním období než pacienty v batolecím období.

42,86 % sester nerado komunikuje s dětmi v batolecím období, stejně i 42,86 % respondentek nerado komunikuje s dětmi v období puberty. Výsledek je rovnocenný.

Hypotéza č. 4 nepotvrdila.

Cíl 2: Zjistit komunikační bariéry na straně dětí.

H1: Předpokládám, že více než 50% dětí lépe komunikuje se zdravotnickým pracovníkem bez přítomnosti rodičů.

52,86 % sester se domnívá, jsou chvíle, kdy dítě komunikuje lépe bez přítomnosti rodiče. 40 % respondentek se taktéž domnívá, že dítě zvládá lépe komunikaci bez rodičů. Jen 7,14 % sester, lepší komunikací dítěte za přítomnosti rodiče.

Hypotéza se potvrdila.**Cíl 3: Zjistit zda se sestry vzdělávají v oblasti komunikace.**

H1: Předpokládám, že více než 50% sester ovládá nebo částečně ovládá znakovou řeč.

Z grafu jednoznačně vyplývá, že ani jedna z respondentek neovládá znakovou řeč.

Hypotéza se nepotvrdila.

H2: Domnívám se, že více než 60% sester absolvovala seminář o komunikaci.

30 % sester uvádí, že se zúčastnilo kurzu/semináře o komunikaci. 70 % respondentek uvádí, že se žádného semináře nezúčastnilo.

Hypotéza se nepotvrdila.

8 DISKUZE

V teoretické části bakalářské práce jsem definovala metody verbální a neverbální komunikace a vývoj řeči v jednotlivých, vývojových obdobích dítěte. V dalších kapitolách jsem se snažila vymezit zásady komunikace dětských pacientů s ohledem na jednotlivá vývojová období.

V praktické části po stanovení cílů a hypotéz jsem předala dotazníky sestřím Zlínského kraje, pracujících na dětských odděleních. Dotazníky měly 18 otázek a zabývaly různými oblastmi komunikace s dětmi. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, z nichž návratnost byla 70. Největší zastoupení měly sestry ve věku 31-40 let (40 %). Vzdělání sester je zobrazeno v tabulce č. 2. Nejvyšší zastoupení mají sestry se vzděláním středoškolským a to v oboru všeobecná sestra (20 %) a dětská sestra (38,57 %). Což znamená, že celkem 58,57 % je skupina respondentek se středoškolským vzděláním, skupinu s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním tvoří 41, 63 %.

V hypotéze č. 1 jsem předpokládala, že sestry mající vyšší či vysokoškolské vzdělání raději komunikuje s rodičem, než s dítětem. Jak již bylo uvedeno, **hypotéza č. 1 se nepotvrdila**, neboť žádná sestra nezvolila možnost komunikovat pouze s rodičem, což by mohlo znamenat, že sestry berou dítě jako partnera pro komunikaci.

V hypotéze č. 2 jsem se domnívala, že většina sester s praxí delší než 20 let dává přednost komunikaci s dětským pacientem před rodiči dítěte. Dle získaných výsledků sester z praxí delších než 10 let, upřednostňuje komunikaci s dítětem 65,71 %, přičemž sester s dětským pacientem z praxí méně než 10 let komunikuje 71,43 %. Komunikace s dětským pacientem za přítomnosti rodičů jsou výsledky rovnocenné, 2,57 %.

V hypotéze č. 3 jsem předpokládala, že komunikaci hrou volí častěji sestry se specializovaným vzděláním (dětská sestra) než všeobecně vzdělané sestry. Ze získaných výsledků 17,43% dětských sester zvolilo z nabízených možností komunikaci hrou, kdežto sester s všeobecným vzděláním tuto možnost zvolilo 40% respondentek.

V hypotéze č. 4 jsem předpokládala, že více než 60% sester nerado komunikuje s pacienty v pubertálním období než pacienty v batolecím období. 42,86 % sester nerado komunikuje s dětmi v batolecím období, stejně i 42,86 % respondentek nerado komunikuje s dětmi v období puberty. Výsledek je rovnocenný. Na jedné straně dospívající pacient je, co se

týče vývoje řeči plně vybaven, ale prochází velmi těžkým obdobím, takže komunikace s ním může být stejně náročná jako s batoletem.

U **cíle č. 2** jsem hodnotila komunikaci dětí. U **hypotézy č. 1** jsem předpokládala, že více než 50% dětí lépe komunikuje se zdravotnickým pracovníkem bez přítomnosti rodičů. 52,86 % sester se domnívá, jsou chvíle, kdy dítě komunikuje lépe bez přítomnosti rodiče. 40 % respondentek se taktéž domnívá, že dítě zvládá lépe komunikaci bez rodičů. Jen 7,14 % sester, lepší komunikací dítěte za přítomnosti rodiče. **Hypotéza se potvrdila.**

Cílem č. 3 jsem chtěla zjistit, zda se sestry vzdělávají. v oblasti komunikace. K cíli č. 3 jsem stanovila 2 hypotézy. V hypotéze č. 1 jsem předpokládala, že více než 60% sester, ovládá, alespoň částečně znakovou řeč. Tabulka a graf č. 17 je jednoznačný. Ani jedna sestra nevedla, že znakovou řeč ovládá. **Hypotéza se nepotvrdila.**

V hypotéze č. 2 jsem se domnívala, že více než 60 % sester absolvovala seminář o komunikaci. 30 % sester uvádí, že se zúčastnilo kurzu/semináře o komunikaci. 70 % respondentek uvádí, že se žádného semináře nezúčastnilo. **Hypotéza se nepotvrdila.**

Z již sepsaných bakalářských prací na téma komunikace a dětský pacient jsem prostudovala bakalářskou práci bc. Pavly Strouhalové na téma *Pohledy sester na hospitalizaci dětí do předškolního věku spolu s doprovodem*, jejíž poznatky jsem v bakalářské práci nevyužila.

ZÁVĚR

Pobyt v nemocnici je stresovou životní situací jak pro dospělého jedince, tak o to víc i pro dětského pacienta. Není vždy možné, aby s dítětem v nemocnici byl hospitalizovaný rodič. Sestra se tedy stává pro dítě nejbližší kontaktní osobou, provází jej po celou dobu hospitalizace. Proto je důležité, aby mezi sestrou a dítětem panovala vzájemná důvěra. Prostředkem pro navázání kontaktu je komunikace.

Dítě má stejné právo na informace jako dospělý pacient. Je potřeba v každém vývojovém období je přizpůsobit jemu chápání. Dítě rádo komunikuje pomocí hry. Lépe pochopí nepříjemný ošetřovatelský úkon, když totéž sestra či lékař znázorní např. na medvídkovi. Zabere to jen pár minut navíc. Jestliže sestra upřednostňuje komunikaci s dítětem před rodičem, získá dítě k sestře důvěru a lépe snáší pobyt v nemocničním zařízení.

Téma bakalářské práce jsem zvolila z důvodu svého povolání.

V teoretické části jsem vycházela z odborné literatury. Na podkladě získaných informací jsem pokračovala v praktické části, stanovením cílů a hypotéz očekávaných výsledků a realizací výzkumu. V rámci výstupu bakalářské práce jsem vytvořila leták pro dětské pacienty, ve kterém jsem vymezila sled událostí, které dítě potkají se vstupem do nemocnice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DEVITO, JOSEPH, A. 2008, *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0.

HERTY-SNEDDON, Gwyneth, 2005. *Neverbální komunikace u dětí: jak porozumět dítěti z jeho gest a mimiky*. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-043-7.

HORŇÁKOVÁ, K., KAPALCOVÁ, S. & MIKULAJOVÁ, M. 2009. *Jak mluvit s dětmi: od narození do tří let*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-612-4.

JANÁČKOVÁ, Laura, 2009. *Praktická komunikace pro každý den*. Praha: Grada.
ISBN 978-80-247-2479-9.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2008. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2831-5.

KURIC, Jozef, 2000. *Ontogenetická psychologie* Brno: Cerm. ISBN 80-214-1844-3.

LANGMEIER, Josef a Dana KEJČÍŘOVÁ. 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

PLEVOVÁ Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2968-8.

POKORNÁ, Andrea, 2009. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*, Brno: NCO, NZO. ISBN 978-80-7013-466-5.

PRŮCHA, Jan, 2011. *Dětská řeč a komunikace: Poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3603-7.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona, 2009. *Komunikace mezi rodičem a dítětem: styly a techniky komunikace, komunikace rodiče ve vztahu k dítěti, vývojová období dítěte, komunikace v náročných situacích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-599-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Zbyněk, 2009. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYMĚTAL, Štěpán, 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2510-9.

VYKOPALOVÁ, Hana, 2005. *Komunikace jako součást profese*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 80-7318-344-7

Bakalářské práce:

RŮŽIČKOVÁ, Barbora, 2009. Bakalářská práce: *Komunikace sestry s nemocným dítětem*. Ostravská univerzita v Ostravě: Lékařská fakulta.

STROUHALOVÁ, Pavla, 2010. Bakalářská práce: *Pohledy sester na hospitalizaci do předškolního věku spolu s doprovodem*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně: Fakulta humanitních studií.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

cm centimetr

č. číslo

FHS fakulta humanitních studií

např. například

s. strana

tzv. tak zvaný

UTB Univerzita Tomáše Bati

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Schéma komunikačního modelu.....	12
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1. Věkové rozložení respondentů.....	46
Tabulka č. 2. Vzdělání respondentek.....	47
Tabulka č. 3. Délka praxe.....	48
Tabulka č. 4. Místo pracoviště.....	49
Tabulka č. 5. Možnosti komunikace.....	50
Tabulka č. 5.1 Komunikace dětských sester prostřednictvím hry.....	51
Tabulka č. 6. S kým sestry raději komunikují.....	52
Tabulka č. 6.1 Délka praxe + komunikace s dětským pacientem.....	53
Tabulka č. 7. Co může v jednání sestry vzbudit nedůvěru pacienta.....	54
Tabulka č. 8. Zvládá dítě komunikaci lépe bez přítomnosti rodiče.....	55
Tabulka č. 9. Schopnost empatie.....	56
Tabulka č. 10. Schopnost naslouchat.....	57
Tabulka č. 11. S jakou věkovou skupinou se sestrám špatně komunikuje.....	58
Tabulka č. 12. Komunikační bariéry u dětí.....	59
Tabulka č. 13. Komunikační bariéry sestry.....	60
Tabulka č. 14. Čas ke komunikaci s dítětem.....	61
Tabulka č. 15. Vzdělání sestry v komunikaci.....	62
Tabulka č. 16. Kurz/seminář o komunikaci.....	63
Tabulka č. 17. Ovládáte znakovou řeč.....	64

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1. Věkové rozložení respondentů.....	46
Graf č. 2. Vzdělání respondentek.....	47
Graf č. 3. Délka praxe.....	48
Graf č. 4. Místo pracoviště.....	49
Graf č. 5. Možnosti komunikace.....	50
Graf č. 5.1 Komunikace dětských sester prostřednictvím hry.....	51
Graf č. 6. S kým sestry raději komunikují.....	52
Graf č. 6.1 Délka praxe + komunikace s dětským pacientem.....	53
Graf č. 7. Co může v jednání sestry vzbudit nedůvěru pacienta.....	54
Graf č. 8. Zvládá dítě komunikaci lépe bez přítomnosti rodiče.....	55
Graf č. 9. Schopnost empatie.....	56
Graf č. 10. Schopnost naslouchat.....	57
Graf č. 11. S jakou věkovou skupinou se sestrám špatně komunikuje.....	58
Graf č. 12. Komunikační bariéry u dětí.....	59
Graf č. 13. Komunikační bariéry sestry.....	60
Graf č. 14. Čas ke komunikaci s dítětem.....	61
Graf č. 15. Vzdělání sestry v komunikaci.....	62
Graf č. 16. kurz/seminář o komunikaci.....	63
Graf č. 17. Ovládáte znakovou řeč.....	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Žádost o umožnění přístupu k informacím

Příloha č. 3: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha č. 4: Charta práv hospitalizovaných dětí

Příloha č. 5: Hodnocení bolesti u dětí

Příloha č. 6: Co mě čeká v nemocnici - leták pro dětské pacienty

Příloha č. 7: Poznatky hospitalizovaných dětí a rodičů na dětském oddělení

PŘÍLOHA P 1: DOTAZNÍK

Vážená kolegyně,

Jmenuji se Pavlína Hadašová a studuji na UTB ve Zlíně 3. ročník kombinovaného studia-obor všeobecná sestra. Součástí studia je vypracování bakalářské práce. Jako téma jsem si zvolila Komunikace s dětským pacientem. Z toho důvodu Vás prosím o vyplnění dotazníku, který je součástí méjí bakalářské práce.

Dotazník je anonymní a bude použit pro empirickou část méjí bakalářské práce.

Děkuji Vám za Váš čas.

Odpovědi prosím zatrhněte křížkem, nebo doplňte volnou výpovědí.

1. Uveďte prosím Váš věk:
 - a) 18-20 let
 - b) 21-30 let
 - c) 31-40let
 - d) 41-50let
 - e) 51-60let
 - f) 61let a výše

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) SZŠ obor všeobecná sestra
 - b) SZŠ obor dětská sestra
 - c) VZŠ obor diplomovaná všeobecná sestra
 - d) VZŠ obor diplomovaná dětská sestra
 - e) Bakalářské studium
 - f) Jiné (uveďte prosím, jaké)

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
 - a) 0-5 let
 - b) 6-10let
 - c) 11-20let
 - d) 21-30let
 - e) 31let a výše

4. Na jakém oddělení pracujete?
 - a) Kojenecké
 - b) Dětské
 - c) JIP
 - d) Dětská ambulance

5. Jaké možnosti komunikace s dětským pacientem nejčastěji dáváte přednost?
 - a) Verbální
 - b) Neverbální
 - c) Komunikační karty
 - d) Komunikaci hrou

6. S kým raději komunikujete?
 - a) S rodičem
 - b) S dětským pacientem
 - c) S dětským pacientem za přítomnosti rodičů

7. Jaká je podle Vás nejčastější stížnost rodičů v komunikaci sestry?
 - a) Nedostatek empatie
 - b) Zaneprázdněnost sestry
 - c) Jiné (doplňte prosím jaké)

8. Myslíte si, že dítě zvládá komunikaci lépe v přítomnosti rodiče?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

9. Dokážete se vcítit do obtíží dětského pacienta?
 - a) Ano, vždy
 - b) Ne
 - c) Jen v některých případech

10. Dokážete dítěti naslouchat?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Někdy

11. S jakou věkovou skupinou dětí se Vám nejhůře komunikuje?
 - a) V batolecím období
 - b) V předškolním věku
 - c) V mladším školním věku
 - d) V starším školním věku
 - e) V pubertě

12. Máte na komunikaci s dítětem dostatek času?
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Někdy

13. Kdy Vám činí největší potíže komunikace s dítětem?
- a) Během terapeutického výkonu
 - b) Během ošetrovatelského výkonu
 - c) Během návštěvní doby
 - d) Při fyzické a psychické nepohodě
 - e) Při vizitě s lékařem
 - f) Při péči o jiného pacienta
 - g) Nečiní
14. S jakými komunikačními bariérami se u dětí nejčastěji setkáváte?
- a) Pláč
 - b) Strach, úzkost
 - c) Agrese
 - d) Neochota komunikovat
 - e) Jiné (uved'te prosím jaké)
15. Myslíte si, že dítě zvládá komunikaci lépe v přítomnosti rodiče?
- d) Ano
 - e) Ne
 - f) Nevím
16. Absolvovala jste kurz o komunikaci?
- a) Ano (jaký).....
 - b) Ne
17. Ovládáte znakovou řeč?
- a) Ano
 - b) Ne
 - c) částečně
18. Je něco, co Vám v dotazníku chybělo a co byste chtěla dodat?

PŘÍLOHA P 2

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Pavčina Hadašová, DiS.
Téma bakalářské práce	Bariéry komunikace sestry s dětským pacientem
Pracoviště	Vsetínská nemocnice a.s. dětské oddělení

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 17.2.2012

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Vsetínská nemocnice a.s.
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín
pracoviště Nemocniční 955, 755 32 Vsetín
IČ: 26871068 DIČ: CZ26871068

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P 2

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Pavčina Hadašová, DiS.
Téma bakalářské práce	Bariéry komunikace sestry s dětským pacientem
Pracoviště	KNTB, a.s. dětské oddělení


Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 17.2.2022



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo náměstí 600
762 75 Zlín (9)


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P 3

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Pavína Hadašová, DiS.
Téma bakalářské práce	Bariéry komunikace sestry s dětským pacientem
Skupina respondentů	Sestry dětského oddělení
Pracoviště	Vsetínská nemocnice a.s. dětské oddělení

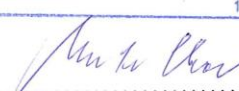
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 17.2.2012




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství




razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P 3

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Pavčina Hadašová, DiS.
Téma bakalářské práce	Bariéry komunikace sestry s dětským pacientem
Skupina respondentů	Sestry dětského oddělení
Pracoviště	KNTB Zlín a.s. dětské oddělení


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 17.2.2012

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)


razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P 4 CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ

Práva hospitalizovaných dětí

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, by se mělo rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a/nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony, podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se má dostávat péče náležitě školeným personálem, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobené jejich věku a zdravotnímu stavu.

Schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993

PŘÍLOHA P 5: HODNOCENÍ BOLESTI U DĚTÍ



System pro měření intenzity bolesti známý jako hodnocení pomocí obličeje, činnosti nohou, pláče a utěšitelnosti (FLACC) se velmi často využívá u mladších dětí (od 2 měsíců do 7 let). Na stupnici FLACC se udělují „bodová ohodnocení“ podle známek chování při bolesti.

Stupnice FLACC			
HODNOCENÍ			
Kategorie	1	2	3
OBLIČEJ	Žádný výraz, ani úsměv	Příležitostná grimasa nebo zamračený obličej	Časté a neustálé - třesoucí se brada, drkotání čelistí
ČINNOST NOHOU	Normální poloha nebo uvolnění Ležení v klidu, v běžné poloze, snadno se pohybuje	Neklidný, nepokojný, napětí Kroučí se, posouvá se, vzad a vpřed, napětí	Kopání nebo mávání nohama Prohnutý, ztuhlý nebo šukavé pohyby
PLÁČ	Žádný pláč (probuzený nebo uvolněný)	Vzdychání nebo fňukání, příležitostné stěžování	Vytrvalý pláč, křik nebo vzlykání, časté stěžování
UTĚŠITELNOST	Klidný, uvolněný	Utěšován příležitostnými dotyky, objetím nebo slovní útěchou, těkavost	Lze jen obtížně utěšit nebo uklidnit
Každá z pěti kategorií je ohodnocena od 0 - 2, kdy výsledkem je pak skóre mezi			

PŘÍLOHA P6 LETÁK PRO DĚTI

BRZKÉ UZDRAVENÍ
TI PŘEJÍ SESTRÍČKY Z DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ.



VYPRACOVALA:
PAVLÍNA HOŠŤOVÁ

GRATULUJEME:
MGR. TOMÁŠ HOŠŤA



**CO MĚ ČEKÁ
V NEMOCNICI**



MALÝ PRŮVODCE PRO DĚTI, OD NIKDÍ DO NEMOCNICE

CO VÁS MŮŽE POTKAT V NEMOCNICI



AŽ JSI NEMOCNÝ CHLAPEC NEBO HOLČIČKA,
KOHO PRVNÍ POTKÁŠ V NEMOCNICI
JE USMĚVAVÁ SESTRÍČKA.
PŘIVÍTÁ SE S TEBOU,
S MAMINKOU ČI TATÍNKEM
A PŘIPRAVÍ TĚ NA PŘÍEM.
PTÁŠ SE, CO TI BUDE DĚLAT?
ZEPTÁ SE TĚ, CO TĚ BOLÍ,
JAK SE JMENUJEŠ
A DO JAKÉ CHODÍŠ DO ŠKOLY.
JAK JSI MALÝ NEBO VELKÝ,
ZDA JSI TLUSTÝ NEBO TENKÝ.
POMĚŘÍ TI TEPLOTU,
A ZDA JIŠ NĚJAKOU TABLETU.



KDYŽ JE SESTRÍČKA HOTOVÁ,
ZAVOLÁ PANA DOKTORA.
PAN DOKTOR MÁ VELKÉ UŠI,
SLYŠÍ, JAK TI SRDCE BUŠÍ.
AŽ TĚ PAN DOKTOR VYŠETŘÍ,
TVOJI NEMOC UPŘESNÍ.
NĚKDY TŘEBA,
JE POTŘEBA,
ZJIŠTIT KAM SE BACIL SCHOVAL
Z KRVE, MOČE, STOLICE
DOZVÍME SE NEJVÍCE.
MALÝ KOMÁR PŘILETÍ...
ŠTÍRNE A ZAS ODLETÍ
POKUD BOLÍ KOSTI V TĚLE,
VYFOTÍME TĚLO CELÉ.
FOTKY MÁME ZA PÁR VTEŘIN
PAK SE ULOŽÍŠ DO PEŘIN.
V NICH SE KAŽDÝ VYLÉČÍ
A ZAKRÁTKO VYSKOČÍ.

U POSTÝLKY STOLEČEK
U STOLEČKU, ZVONEČEK...
NA KTERÝ KDYŽ ZAVOLÁŠ,
SESTRÍČKA SI PŘIVOLÁŠ.
SESTRÍČKA S PANEM DOKTOREM,
TI LÉKY DOKNEŠ...
NA BÍLÉM PODNOSE,
ABY TEN BACIL,
CO TĚ BACIL,
UTEKL Z TĚLA VEN.
AŽ SE TI TROCHU ULEVÍ
A PŘESTANE TĚ BAVIT LEŽET V POSTELI,
KNIHA, POHÁDKA, POČÍTAČ.
ZABAVÍ TĚ NA KRÁTKÝ ČAS.
MÁME PANÍ UČITELKY,
NEUČÍ JEN DĚTI VELKÝ.
ZNAJÍ SPOUSTU POHÁDEK,
PŮJČÍ TI AUTO NEBO KOČÁREK.



PŘÍLOHA P7 ZPĚTNÁ VAZBA OD DĚTÍ A RODIČŮ HOSPITALIZOVANÝCH NA DĚTSKÉM ODDĚLENÍ

13

25.12.2012

Touha cestovat heb chtěla zkusit moc poděkovat
 všem zdravotníkům, zejména na tomto oddělení.
 Je now 7 měsíců, dětem je now bylo sice pět let
 v době kdy každý je now byl doma v now
 rodině. Taková tájebná atmosféra a velmi
 ochotní sestřičky a lékařské personál je now dionto
 zaslouží. Operace moc moc tím všem děkuji

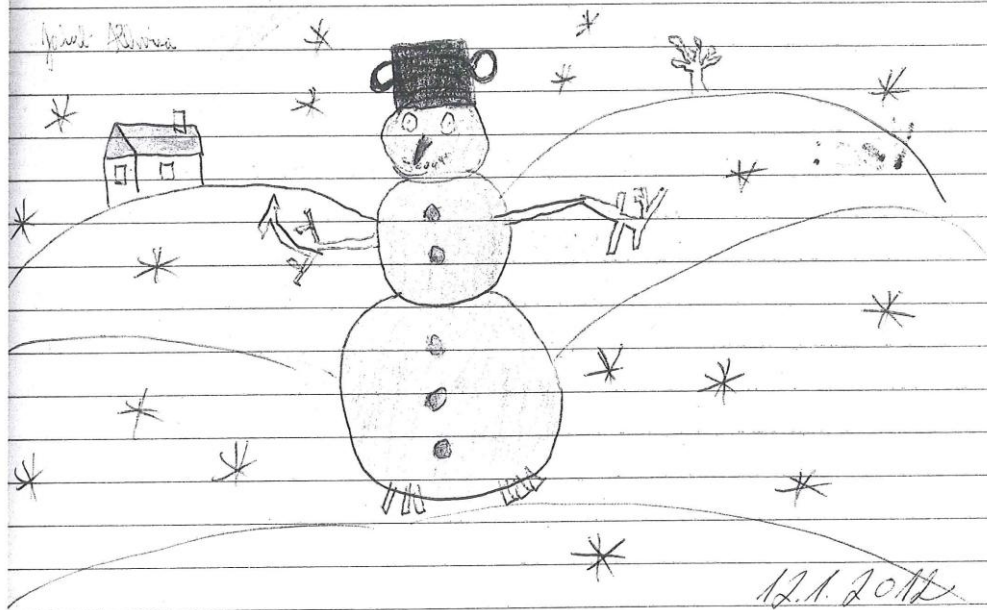
Jana J.

8.11.2013

Chtěla bych poděkovat všem sestřičkám za to, jak se o mě starali a
 vyjmenovala mi pobyty //

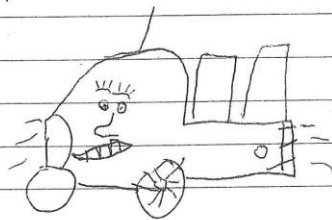
Chtěli bychom moc poděkovat za profektu a profesie -
 velmi prosím všech pracovníků a pracovníce
 tohoto oddělení. Jak lékařům, tak i sestřičkám
 Přijeme Vám se všem velmi srdečně
 pozdravů co nejvíce štěstí a lásky
 jak k malým, tak i velkým pacientům.
 Kdo má něk a koche sdrav. Počkejte

BYL JSEM POCTĚN NÁVŠTĚVOU DĚTSKÉHO ODŘELENÍ, KDE JSEM
 STRÁVYL NEJURÁSNĚJŠÍ TYDEN SVÉHO ŽIVOTA!!!!
 MOC MILÉ A KRÁSNÉ SESTRÍČKY A HLAVNĚ USMĚVAČE.....
 STRAHA NESLEŠÍ CO JSEM KOD NONBINARY/QUEER PROSTĚ ANI INCLUSIVE ☺
 DĚKUJI ZA UVEDENÍ A TĚŠÍM SE NA DALŠÍ TOBYT ☺

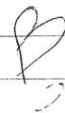


Moc všem děkujeme za vaši oběť, vřelou lásku,
 neselost a pohledy. Páni učitelky, paní učitelky,
 pečovatelky i lékaři mají naši velkou vděčnost a
 bášíme se je za to.

Je tu má
 správné místo a
 je vás tu potřeba!
 Mějte se krásně
 a ať se vám
 všem daří!



Berka + Maminča



Děkujeme 4